



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por

Tiago José Proença Reis

Porto, março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

PERSON IN CRITICAL SITUATION AND THE EXCELLENCE OF NURSING CARE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por

Tiago José Proença Reis

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, março de 2022

RESUMO

O Relatório, construído tendo por base uma metodologia descritiva e reflexiva das atividades desenvolvidas, tem como objetivo evidenciar o processo de desenvolvimento de competências obtido ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem na área da pessoa em situação crítica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Estruturalmente, o relatório organiza-se, para além da introdução, conclusão e referências bibliográficas num capítulo denominado o percurso de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista, onde se contextualiza o estágio realizado no primeiro ano do curso de Mestrado e de que forma este contribuiu para o desenvolvimento de competências e as aprendizagens mais significativas realizadas nesse período. Posteriormente apresenta-se um capítulo que se denomina desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se divide em subcapítulos mediante os domínios de competências para a área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

O estágio desenvolveu-se em dois contextos, o primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o seguinte numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. As atividades desenvolvidas mais significativas que visaram dar resposta aos objetivos previamente delineados, cujo enquadramento tinha sido organizado no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram alvo de análise reflexiva e fundamentação baseada na evidência, explanando de que forma contribuíram para a consolidação do perfil de Mestre em Enfermagem na área da pessoa em situação crítica.

A preocupação com a melhoria da transição de cuidados foi transversal ao desenvolvimento de competências, pelo se efetuou um artigo de revisão da literatura denominado “O uso de ferramentas comunicacionais e a transição de cuidados no serviço de urgência”, dando continuidade a um trabalho académico desenvolvido no estágio do primeiro ano do curso de Mestrado, pelos contributos passíveis de serem integrados em serviços de cuidados intensivos.

A execução de uma prática de excelência nos cuidados de enfermagem norteou as atividades desenvolvidas, sendo igualmente o desígnio que fundamentou o contributo deixado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente sob a forma de Proposta de Instrução de Trabalho - Nutrição entérica na pessoa em situação crítica e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários sob a forma de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem denominado de Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos. Estas propostas integraram-se no processo transversal de desenvolvimento de competências que foi ocorrendo neste período, potencializado pelas experiências diferenciadoras proporcionadas nos dois contextos.

A realização deste relatório culmina todo o percurso desenvolvido ao longo do curso de Mestrado, aportando conhecimento e capacidade de efetuar prática reflexiva ao *know how* desenvolvido ao longo do processo formativo, consolidando os recursos prévios ao mesmo tempo que foi analisada a aquisição de competências diferenciadoras, tendo em visto o assumir em pleno o papel do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica nas instituições de saúde.

Palavras Chave: Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

The report, created by having a reflexive and descriptive methodology of the developed activities, it has the purpose of enhance the development process of acquired skills throughout the final internship course unit of the fourteenth Master's Degree Course in Nursing, with specialization in the field of Nursing a person in a critical condition form Porto's Nursing School of the Universidade Católica Portuguesa.

Structurally, the report is organized, besides the introduction, conclusion and bibliographical references, in a chapter denominated by the journey of the nurse practitioner to a specialised nurse, where is contextualized the carried-out internship in the first year and the way it has contributed for the development of specific skills of the most significant apprenticeships accomplished between that period of time. Afterwards it is presented a chapter entitled the development of the specific skills of the Specialised Nurse in Medical-Surgical Nursing, which is divided in subchapters according to the fields of expertise to the nursing area of Nursing a person in a critical condition.

The internship has developed in two different contexts, the first one in a Multipurpose Intensive Care Unit and the other one in a Coronary Intensive Care Unit. The most significant developed activities which aimed for a response to the previous outlined aims, whose framework had been organised within the specific competences of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, were examined in reflective analysis detail and on evidence-based scientific grounds, explaining in which way these contributed for the consolidation of the Master in Nursing in the field of Nursing a person in a critical condition.

The concern for the transitional care improvement was transversal to the skills development, so it lead to a literature article review entitled "The use of communication tools and the transitional care in the emergency services", giving follow-up to an academic essay developed in the first year internship of the Master's Degree, for the valuable input disposed to be integrated in Intensive care services.

The performance of a nursing care world-class has guided the developed activities, being also the purpose which underlined/stated the contribution carried in the Multipurpose Intensive Care Unit as a form of Working Educational Proposal – Enteric Nutrition of a person in a critical condition and in the Coronary Intensive Care Unit as a form of Continue Improvement of the Nursing Care Quality Project referred to good practice recommendations in the preservation of the peripheral vascular accesses. These proposals are integrated in the skills development transversal process which occurred during this period, enhanced by the distinctive trials provided by these two contexts.

The accomplishment of this report culminates in all the journey developed throughout the Master's Degree, leads to ability and knowledge of performing a reflective practice to the know-how developed throughout the training process, consolidating previous resources ate the same time that was considered the acquisition of distinctive skills, bearing in mind the assuming in full of the role of Nurse Specialist and Medical-Surgical Nursing Master, in the field of a person in a critical condition in the healthcare institutions.

Keywords: Nurse Specialists; Medical-Surgical Nursing; Intensive Care Unit

O conhecimento tem de ser melhorado, desafiado, e aumentado
constantemente, ou vai desaparecer.

Peter Drucker

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Patrícia Coelho por todo o acompanhamento que me dedicou ao longo deste percurso, iluminando o caminho quando este parecia menos claro.

Ao meu Enfermeiro Chefe, por ter sido a mola impulsionadora deste processo.

À minha família por ter sofrido com a minha ausência presente ao longo deste tempo.

Às minhas filhas por entenderem, na sua inocência, que o Pai estava na Escolinha.

À minha esposa, como sempre, uma âncora na minha vida.

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NAS – Nursing Activities Score

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SPICI-F – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VRG – Volume Residual Gástrico

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. O PERCURSO DE ENFERMEIRO GENERALISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	19
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ..	23
3.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	24
3.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação	44
3.3 Maximiza a prevenção, intervenção 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 adequada	47
4. CONCLUSÃO.....	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
6. APÊNDICES	71
Apêndice I – Artigo de Revisão da Literatura – “O Uso de Ferramentas Comunicacionais e a Transição de Cuidados no Serviço de Urgência”	73
Apêndice II – Proposta de Instrução de Trabalho - “Nutrição Entérica na Pessoa e Situação Crítica”	111
Apêndice III – Projeto Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - “Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos”	149

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica da Universidade Católica Portuguesa, sendo esta a sua 14ª edição. A decisão de frequentar o Mestrado em Enfermagem, após dez anos de profissão, surgiu como um desafio de novas aprendizagens, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento progressivo de novas competências que estão vinculadas ao Grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros. A opção pela subárea da pessoa em situação crítica relacionou-se com os diversos campos de atuação onde desenvolvi o meu contexto profissional ao longo da última década e que despertaram a necessidade de desenvolver e certificar competências, permitindo-me prestar mais e melhores cuidados de enfermagem.

Esta unidade curricular preconiza um total de 840 horas de trabalho, contemplando dois contextos de estágio de 180 horas de contacto cada, sendo que a restante carga horária está atribuída a trabalho individual, seminários e orientação tutorial. O primeiro contexto de estágio desenrolou-se a partir de seis de Setembro a vinte e sete de Outubro, iniciando-se logo de seguida a vinte oito de Outubro o segundo contexto que terminou a dezoito de Dezembro do ano transato, contando em ambos os estágios com orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho e tutoria de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) indicado pelo respetivos Enfermeiros Gestores dos locais de estágio.

O primeiro contexto de contacto desta Unidade Curricular foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de nível III de um Hospital da zona Norte, que funciona, tal como descrito pelo Ministério da Saúde (2020) no documento da Rede Nacional de Referenciação de Medicina Intensiva, como Hospital de Referência para camas de nível III. Neste serviço prestam-se cuidados de saúde a pessoas em situação crítica, que requerem vigilância permanente e maioritariamente requerem suporte tecnológico e terapêutico para a manutenção de funções vitais. A UCIP dispõe de equipamento para tratamento e monitorização intensiva, a que se aliam as competências dos elementos das equipas multidisciplinares, contribuindo assim, para a diferenciação dos

cuidados prestados (Pinho, 2020). A opção pela realização do estágio neste serviço prendeu-se com a possibilidade de conseguir prestar cuidados a pessoas em situação crítica dos mais variados foros, nomeadamente o neurocrítico, por este ser um hospital de referência nesta localização geográfica para a pessoa em situação crítica deste foro e ser desejo pessoal, consolidar competências nestes cuidados.

No que diz respeito ao segundo contexto de estágio este foi efetuado numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), unidade monovalente de um Hospital da zona Norte que visa prestar cuidados à pessoa em situação crítica com patologia cardíaca, as quais foram em grande número submetidas a intervenções de índole invasiva, exigindo a mobilização de um corpo de conhecimento específico que permitiu assegurar os cuidados necessários à complexidade da situação clínica. O interesse pela realização do estágio num serviço do foro cardíaco prendeu-se com o interesse pessoal em desenvolver competências específicas neste âmbito que possibilitem ao longo do percurso profissional exercer funções num serviço desta tipologia, pois é um objetivo que pretendo alcançar.

No exercício da minha prática procurei sempre exercer Enfermagem tendo como centro de atuação a pessoa, visando a promoção da saúde e a prevenção da patologia, bem como a facilitação dos processos de readaptação durante doenças, de modo a proporcionar-lhe a máxima independência na realização das atividades, a adaptação funcional às limitações e gerindo eficazmente as transições saúde/doença. A procura da excelência em cada cuidado sempre foi o desígnio pelo qual pautei a minha atuação, pelo que neste percurso a que me propus para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem fez sentido que continuasse a ser o ponto de referência.

Dessa forma, decidi intitular o relatório de “ A pessoa em situação crítica e a excelência dos cuidados de enfermagem” uma vez que quando na posse de competências diferenciadas, como Mestre e EEEMC, serei capaz de realizar o planeamento de cuidados tendo em vista a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação em contextos da prática onde existam meios diferenciados de vigilância, monitorização e terapêutica, tal como afirma a Ordem dos Enfermeiros (2015a) no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estas competências diferenciadas são o garante de cuidados de excelência, permitindo assegurar os melhores cuidados de Enfermagem na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos, garantindo igualmente os mais elevados níveis de satisfação das pessoas que a estes recorrem.

Como EEEMC conseguirei aportar às instituições de saúde conhecimento e competência que permita focalizar a tomada de decisão em Enfermagem na criação e gestão de programas de melhoria da qualidade, ao mesmo que estarei preparado para melhorar a organização e planeamento dos cuidados de enfermagem, procedendo a supervisão das atividades integradas nas intervenções de enfermagem, bem como das atividades delegadas. No exercício da Enfermagem Especializada o conhecimento é essencial para uma tomada de decisão responsável e que permita uma crítica sobre a prática constante e motivadora (Silva, Cordeiro, Fernandes, Silva, & Teixeira, 2014).

Assumir o papel de Mestre em Enfermagem contribuirá decisivamente para manter foco numa aprendizagem constante ao longo do percurso profissional, permitindo gerir a mesma de uma forma autónoma, resultando daí competência para assumir deliberações fundamentadas, sustentada na evidência científica, contribuindo através da investigação para uma prática avançada e segura, liderando as equipas na área de especialização.

A realização deste relatório revela-se fulcral no término do processo de aquisição de competências, permitindo refletir sobre o percurso realizado no âmbito do curso de Mestrado, tendo como objetivo analisar o processo de desenvolvimento das competências inerentes ao EEEMC na área da pessoa em situação crítica, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018a), onde procurarei refletir e fundamentar as atividades desenvolvidas que mais contribuíram para a aquisição de competências, não só durante o estágio, mas em todos os momentos de ensino/aprendizagem desta unidade curricular. Deste modo, poderei fazer uma análise correta do que foi previamente previsto, bem como de outras atividades que se proporcionaram no decorrer deste período e que se revelaram igualmente importantes.

A metodologia utilizada para a elaboração deste documento é o método descritivo e reflexivo, recorrendo a conhecimentos pedagógicos adquiridos anteriormente e à contextualização, com base na melhor evidência científica disponível, do processo de desenvolvimento de competências, tendo por base as experiências e oportunidades vividas em cada contexto.

Este relatório organiza-se, para além da introdução, conclusão e referências bibliográficas num capítulo denominado o percurso de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista, onde contextualizo o estágio realizado no segundo semestre do curso de Mestrado e de que forma este contribuiu para o desenvolvimento de competências e as aprendizagens mais significativas realizadas nesse período. Posteriormente apresento um

capítulo que se denomina desenvolvimento das competências específicas do EEEMC, que se divide em subcapítulos mediante os domínios de competências para a área de enfermagem à pessoa em situação crítica: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção 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. As atividades realizadas em cada domínio serão apresentadas pela ordem cronológica em que foram realizadas nos contextos de estágio.

Ao longo da unidade curricular produzi documentos considerados relevantes para o percurso formativo, bem como pelas equipas e enfermeiros gestores dos serviços, enquadráveis no desenvolvimento de competências preconizado e que se encontram em apêndice. Esses trabalhos produzidos em cada uns dos contextos de estágio vieram responder a situações detetadas no âmbito da atuação do EEEMC e que seriam passíveis de melhoria. No contexto de estágio da UCIP produzi um trabalho académico que sustentasse uma Proposta de Instrução de Trabalho denominada “Nutrição entérica na pessoa em situação crítica”. Por sua vez na UCIC elaborei um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, designado por “Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos”. Ao longo deste período realizei igualmente um artigo de revisão da literatura acerca da transição de cuidados, tema transversal aos contextos supracitados, intitulado “O Uso de Ferramentas Comunicacionais e a Transição de Cuidados no Serviço de Urgência”, dando continuidade a um trabalho académico sobre esta temática iniciado no estágio do primeiro ano e que se manteve aplicável pela pertinência dos contributos que aporta à transição de cuidados em ambientes de cuidados intensivos.

Neste relatório uso como normas de referenciação bibliográfica a 6.^a edição do manual da American Psychological Association (APA).

Acredito que a realização deste documento se reveste de grande importância, uma vez que conduz à reflexão acerca de todo o trabalho desencadeado, bem como dos resultados e das dificuldades com que me deparei ao longo do processo formativo para obtenção do grau de Mestre e de EEEMC.

2. O PERCURSO DE ENFERMEIRO GENERALISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O começo do percurso para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem na área da pessoa em situação crítica teve lugar no âmbito da unidade curricular A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica, relativa ao segundo semestre do primeiro ano do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

Este período desenvolveu-se a partir de dezassete de Maio a dez de Julho de dois mil e vinte um, com a duração de oito semanas num total de cento e oitenta horas em contexto de estágio, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho e tutoria de um Enfermeiro Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, indicado pelo Enfermeiro Gestor do local de estágio.

A escolha do local para a realização do contexto de estágio incidiu num Serviço de Urgência (SU) de um Hospital da zona Norte, que funciona como uma Urgência Polivalente e que tal como referido no documento da Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência da Direção Geral de Saúde (DGS) (2001), funciona igualmente como Urgência Médico-Cirúrgica na sua área de influência, visando acolher as situações referenciadas pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), apresentando-se no segundo nível de diferenciação técnica. Tomei a opção por este contexto procurando ter oportunidades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto específico da primeira abordagem hospitalar, potenciando o desenvolvimento de competências da área de especialização diferentes daquelas já por mim adquiridas ao longo do meu percurso profissional que decorreu essencialmente em unidades de internamento.

Este serviço funciona como Urgência Polivalente na localização geográfica onde exerço funções pelo que as características sociodemográficas da população que serve são comuns, recebendo os casos de maior gravidade que não podem ser atendidos na instituição onde exerço, potenciando o interesse em conhecer a realidade desse serviço e instituição.

Ao longo da unidade curricular organizei o meu processo de desenvolvimento de competências no sentido de procurar adquirir competências próprias do Enfermeiro Especialista defendidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019a), realizando atividades no âmbito dos diferentes domínios, sendo que desta forma e face à natureza deste relatório procurarei fundamentar as atividades desenvolvidas que mais contribuíram para a aquisição de competências.

No âmbito do domínio responsabilidade profissional, ética e legal defini previamente como objetivo desenvolver atividades independentes e interdependentes na prestação de Cuidados ao indivíduo/família no SU de acordo com as competências próprias do EEEMC. Dessa forma, a atividade planeada que considero mais relevante para o desenvolvimento de competências neste âmbito foi a execução dos cuidados de enfermagem resultantes da implementação da estratégia de avaliação ABCDE. Ao longo das várias situações com que me fui deparando no contexto de estágio constatei a importância de integrar e consolidar esta metodologia no meu leque de recursos e competências, garantindo-me a capacidade de prestar melhores e mais seguros cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao integrar esta avaliação no meu método de trabalho diário demonstrei competências específicas da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2018a), sendo que mesmo fora do contexto do estágio percebi que a metodologia ABCDE me poderia ser muito útil na vigilância das pessoas a quem presto cuidados, servindo de sistematização ao risco de deterioração do seu estado de saúde. Essa mesma abordagem é corroborada por Smith e Bowden (2017), alertando que as pessoas em situação crítica que se deterioram sem reconhecimento ou intervenções atempadas correm o risco de admissão em cuidados intensivos, aumentando a sua morbilidade ou mortalidade.

No contexto dos cuidados de Enfermagem a garantia da qualidade consiste em assegurar à pessoa os cuidados de que esta necessita, possuindo o nível específico de excelência proveniente das contínuas medições e avaliações, bem como do esforço proveniente para os modificar mediante os resultados, sendo que dessa forma procurei realizar atividades no âmbito deste domínio.

Dado que o estágio decorreu em plena situação pandémica provocada pela Covid 19 as situações em que a pessoa em situação crítica necessitou de suporte ventilatório mecânico invasivo ou não invasivo foram muito frequentes. Dependendo da gravidade da sua condição clínica, estas cumpriam habitualmente terapêutica inalatória de diferentes tipologias sob a

forma de inalador pressurizado. Apercebi-me durante a prestação de cuidados que o adaptador em uso no SU que permitia a administração desta terapêutica aumentava significativamente o espaço morto do sistema de ventilação, não permitindo facilidade de administração sem interromper a conexão do circuito.

Fruto da minha experiência profissional e prática com recurso ao adaptador 22M-22F da Intersurgical identifiquei vantagens em relação ao que estava em uso no SU, pelo que elaborei um documento com evidência que sustenta a opção, que designei “Proposta de Implementação no Serviço de Urgência de Adaptador para Inaladores Pressurizados em pessoas sob Ventilação Mecânica”. À data de término do estágio não se tinha obtido resposta do serviço de aprovisionamento, contudo posteriormente o tutor informou-me de que a proposta tinha sido aceite e que foi implementado com grande adesão pela equipa o adaptador sugerido. Concluo assim que esforços para obter qualidade em saúde são uma questão organizacional e multidisciplinar, na qual assumi um papel proativo, identificando situações passíveis de serem melhoradas, resultando em melhores e mais seguros cuidados de Enfermagem.

No perfil de competências próprias que fui desenvolvendo ao longo dos anos de exercício profissional dotei-me de capacidade e conhecimento que me permitissem dar resposta à delegação da responsabilidade de responsável de turno dos serviços onde exerci, sendo que no decorrer do estágio no SU identifiquei a importância que o Enfermeiro Especialista, particularmente o EEEMC, exerce na organização dos cuidados prestados e na organização da dinâmica estrutural, quer se encontre destacado como elemento integrante da equipa prestadora de cuidados, quer quando se encontra com funções de responsável de turno. Assim, os conhecimentos que consolidei ao longo da formação na área do EEEMC, as experiências do contexto de estágio e os contributos que recolhi do desempenho do Tutor dotaram-me de uma melhor capacidade de coordenação de equipas, melhorando a minha visão periférica sobre os cuidados organizacionais em curso, reconhecendo que para efetuar liderança é indispensável compreender o seu significado e a sua relevância enquanto competência profissional, reconhecendo os atributos essenciais para a exercer.

Alinhados com essa realidade, Dias, Silva e Campos (2020) afiançam que o Enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados nas unidades de urgência e emergência, mobilizando em articulação contínua os recursos materiais e humanos, exercendo a liderança da equipe e planeamento dos cuidados, sendo peça fundamental no desenvolvimento de estratégias que potenciam o trabalho em equipa e organização do ambiente.

Ao longo do estágio planeei consolidar conhecimentos que melhorassem a qualidade global dos cuidados no contexto de SU, efetuando revisão integrativa da literatura no âmbito da transição de cuidados, pautando o meu desenvolvimento pessoal de aprendizagens de forma contínua e integrando no contexto as melhores evidências que me permitissem assegurar cuidados de excelência. Este trabalho dotou-me igualmente de capacidade para interpretar, organizar e divulgar os dados provenientes das mais recentes evidências, tendo como objetivo identificar e sintetizar a evidência sobre o impacto das ferramentas de transmissão de informação na qualidade da transição de cuidados no SU.

Dado o exposto acima considero que o estágio foi bastante importante no processo formativo, já que permitiu realizar uma primeira abordagem aos cuidados à pessoa em situação crítica. Com um tempo de contacto adequado, permitiu uma integração adequada ao contexto e o assumir gradual de responsabilidade dos cuidados, conhecendo toda a dinâmica da instituição, assim como os projetos em curso que contribuem para prestação de cuidados de qualidade.

Seguindo a minha linha de atuação, baseada em que o Enfermeiro deve apostar no rigor científico, mas sem nunca desvirtuar o seu papel, foi sem dúvida uma oportunidade fantástica de aprendizagem que resultou num aprofundamento de conhecimentos na área da especialização, nomeadamente adquirindo capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, desenvolvendo consciência crítica para os problemas da prática e capacidade de trabalhar eficazmente em parceria na equipa multidisciplinar ao mesmo tempo que consciencializei as implicações da investigação numa prática baseada na evidência

Esta etapa inicial do percurso formativo permitiu adquirir as seguintes competências:

- Avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão;
- Mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
- Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;
- Suporte da prática clínica em evidência científica.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Durante o período de estágio da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório realizado em dois contextos foram inúmeras as atividades desenvolvidas que visavam dar resposta aos objetivos previamente delineados, cujo enquadramento tinha sido organizado no âmbito das competências específicas do EEEMC da Ordem dos Enfermeiros (2018a). Face à natureza deste documento irei refletir e fundamentar as atividades que mais contribuíram para a consolidação das competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem na área da pessoa em situação crítica.

A Enfermagem é descrita desde sempre como uma profissão do “Cuidar”, e o cuidar sendo uma arte desenvolvida pelo Enfermeiro, combina, de acordo com Hesbeen (2000), elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir cuidar alguém na sua situação singular. No contexto particular das Unidades de Cuidados Intensivos, no caso dos contextos de estágio monovalente e polivalente, o Enfermeiro terá de desenvolver um perfil profissional que lhe permita juntar à qualificação diferenciada a capacidade de implementar as intervenções adequadas ao seu juízo clínico, aliando conhecimento técnico e científico ao seu papel próprio para abordar a pessoa e a sua família numa perspetiva holística (Vargas & Ramos, 2010).

O Enfermeiro Especialista é, para Jennings, Clifford, Fox, O'Connell e Gardner (2015), um profissional com competências clínicas avançadas, demonstrando um elevado nível de especialização proveniente da sua formação e experiência, sendo capaz de gerir situações complexas ao mesmo tempo que lidera a gestão dos cuidados e implementa novos modelos de cuidados baseados na evidência, resultando num impacto positivo na pessoa e sua família, na qualidade dos cuidados e nas instituições de saúde.

A influência positiva em vários indicadores de qualidade da presença de Enfermeiros Especialistas nos contextos dos cuidados à pessoa em situação crítica está documentada (Jackson & Carberry, 2015; Woo, Lee & Tam, 2017), sendo que essa capacidade de fazer a

diferença nos cuidados à pessoa e na organização foi o objetivo que norteou a caminhada do desenvolvimento de competências que iniciei em Setembro do ano dois mil e vinte.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018a) organizam os subcapítulos que se seguem, com a reflexão e fundamentação das atividades significativas do processo de aprendizagem decorrido neste período, que visa dar resposta aos quatro objetivos que planeei:

- Desenvolver atividades independentes e interdependentes na prestação de Cuidados ao indivíduo/família na UCIP e UCIC de acordo com as competências próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

- Estabelecer uma comunicação eficaz com os elementos das equipas multidisciplinares dos serviços;

- Consolidar conhecimentos que melhorem a qualidade global dos cuidados nos contextos de estágio;

- Conhecer os planos de resposta dos diferentes serviços a situações de emergência, exceção ou catástrofe.

Ao longo dos subcapítulos que se apresentam seguidamente serão apresentadas as atividades consideradas mais relevantes que foram desenvolvidas durante os contextos de estágio e de que forma estas contribuiriam para o desenvolvimento de competências.

3.1 Cuida pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O primeiro contexto de estágio foi realizado na UCIP de um hospital da zona norte do país. Esta unidade encontra-se classificada no nível III, oferecendo o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica diferenciados a pessoas em situação crítica do foro médico e cirúrgico, sendo denominada de polivalente por essa abrangência que diversifica a tipologia dos cuidados prestados. Estruturalmente o serviço apresenta-se no formato misto contando com 14 unidades de internamento, sendo que 4 destas são estruturalmente fechadas em vidro, permitindo instituir medidas de isolamento, mas ao mesmo tempo não dificultando o contacto visual. Existe um posto de vigilância implantado centralmente de forma a permitir o acesso visual a todas as unidades, onde está também localizada a central de monitorização que permite receber as informações das monitorizações invasivas e não invasivas. O posto

de trabalho de enfermagem tem também uma localização central, embora separado do posto de vigilância, assumindo a função de local para preparação de medicação e material para procedimentos. Os EEEMC que integram a equipa de enfermagem asseguram a prestação de cuidados, mas também o cargo de responsável de turno em articulação com a Enfermeira Gestora.

A UCIC foi o segundo contexto do estágio, encontrando-se igualmente localizada num hospital da zona norte, embora diferente do contexto anterior. Está classificada como unidade de nível II monovalente, oferecendo capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, contando com equipa multidisciplinar permanente. Contudo, não oferece acesso permanente a meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito da Cardiologia Diagnóstica e de Intervenção, sendo necessário transportar a pessoa em situação crítica a um hospital onde possa realizar essa intervenção para a qual tem indicação clínica. Estruturalmente é aberta em formato de U, contando com 8 camas de internamento, o posto de vigilância com equipamento de monitorização e o posto de trabalho de enfermagem têm localização central. Os elementos da equipa de Enfermagem integram organicamente o Serviço de Internamento de Cardiologia, a UCIC e a Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular (onde se realizam procedimentos no âmbito da Arritmologia de Intervenção), podendo ser alocados em qualquer um dos serviços, embora existam alguns Enfermeiros dedicados à Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular. Os EEEMC asseguram a prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes serviços, assumem as funções de responsável de turno, sendo que a Enfermeira Gestora é igualmente Mestre e EEEMC.

As competências específicas no âmbito do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foram desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio, sendo que existiram atividades particulares em cada um dos locais que visaram o desenvolvimento sustentado das competências próprias do EEEMC. As inúmeras oportunidades proporcionadas durante o período de estágio nos dois serviços com elevada diferenciação de cuidados permitiram, de forma gradual, desenvolver as competências que perspetivei.

Na multiplicidade de experiências que proporcionaram a aquisição de competências na prestação de cuidados ao indivíduo/família na UCIP, destaco a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica do foro neurocrítico como aquela que teve um impacto mais decisivo neste processo, quer pela complexidade do âmbito da neuromonitorização, bem

como pelo papel determinante que, enquanto futuro EEEMC, assumi para prevenção de complicações e na detecção precoce quando estas se instalam.

Os cuidados de enfermagem diferenciados são indispensáveis para melhorar o prognóstico da pessoa em situação crítica, sendo que quando esta é do foro neurocrítico requer cuidados minuciosos, dependendo um *outcome* neurológico positivo da eficiência dos cuidados prestados (Lima, Ribeiro, Gonçalves, Borges & Guimarães, 2019).

As patologias responsáveis por necessidade de cuidados de neurointensivismo são de diversas etiologias, incluindo por exemplo o traumatismo cranioencefálico (TCE), o acidente vascular cerebral (AVC) ou a hemorragia subaracnoídea espontânea. A mortalidade e morbidade destas situações é enorme, sendo que o TCE é responsável por 52 mil mortes por ano nos Estados Unidos (Cecil et al., 2011)

A admissão destas pessoas em unidades de cuidados intensivos tem como objetivo maior a monitorização diferenciada, prevenindo lesões secundárias cerebrais que podem causar importantes sequelas funcionais, acarretando grande impacto na reintegração social e familiar. Dessa forma os cuidados de enfermagem diferenciados por mim prestados ao longo do estágio fazem parte de um plano de cuidados multidisciplinar, assumindo um papel relevante no prognóstico destas pessoas, pela capacidade de gerir e implementar as intervenções necessárias à complexidade da pessoa em situação crítica do foro neurocrítico.

Ao longo das várias oportunidades em que tive de prestar cuidados à pessoa em situação crítica do foro neurocrítico constatei a necessidade de estar preparado para a complexidade dos cuidados, aproveitando todos os contributos que a Tutora me forneceu para consolidar o meu conhecimento, fortalecendo o meu perfil de competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

A prestação de cuidados do foro neurocrítico exigiram-me a maturação de competência para gerir e implementar protocolos terapêuticos complexos, principalmente quando o cuidado à pessoa em situação crítica justificava a monitorização da Pressão Intracraniana (PIC). A avaliação da PIC é para Caciano et al. (2019) essencial na avaliação e tratamento de distúrbios neurocríticos, como por exemplo o TCE, Hemorragia subdural, AVC, existindo atualmente vários métodos invasivos e não invasivos para monitorizar essa variável.

A necessidade de desenvolver competência que me permita proceder a uma avaliação contínua do processo assistencial e dos resultados da tomada de decisão teve nos cuidados à pessoa em situação crítica do foro neurocrítico uma experiência potenciadora dessa

aquisição, já que nesta situação particular o planeamento dos cuidados de Enfermagem deve ter em conta o potencial causador de insulto que resulta no aumento da PIC e consequente diminuição da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) (Almeida, Pollo & Meneguín, 2019).

Os cuidados de Enfermagem neste âmbito devem ser cuidadosamente planeados (Ugraş & Yuksel, 2014), uma vez que o objetivo maior é reduzir ou não aumentar a PIC, contudo, os cuidados como a alternância de decúbito, os cuidados de higiene no leito ou a aspiração endotraqueal podem ser causadores de impacto na PPC. Devem dessa forma todas as intervenções de Enfermagem ser realizadas com base na evidência científica (Carney et al., 2017), causando o menor impacto neurológico, como por exemplo a posição da cabeça em linha média neutra e cabeceira do leito em 30°. Deve igualmente ser efetuada uma avaliação e monitorização apertada que deve incluir: Escala de Coma de Glasgow, Escala de agitação e sedação de Richmond, avaliação pupilar, monitoração dos sinais vitais, saturação e capnografia, monitoração da PIC para valores < 20mmHg e PPC para valores > 70 mmHg (Han, Yang, Zhang, Zhao & Li, 2016). Neste contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica do foro neurocrítico a gestão adequada do impacto farmacológico foi conseguida tendo em conta a consolidação de conhecimentos da terapêutica sedativa, analgésica e inotrópica, permitindo a administração e vigilância adequada.

No contexto de estágio da UCIC tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica do foro coronário, internada em fase aguda da sua doença ou após realização de intervenções eletivas que necessitam da adequada vigilância por equipas multidisciplinares diferenciadas e com recurso a meios tecnológicos.

Ao longo do estágio constatei que os cuidados nesta Unidade estavam maioritariamente organizados com a existência de protocolos para as situações com mais prevalência, tais como a gestão da pessoa em situação crítica com Tromboembolismo Pulmonar, Insuficiência Cardíaca, Síndrome Coronário Agudo ou após realização de Intervenção Coronária Percutânea. Esse facto permitiu realizar com o Tutor uma reflexão contínua ao longo do estágio acerca dos benefícios ou não da existência destes documentos que apoiam a prática dos cuidados de enfermagem.

A existência de protocolos construídos pela equipa multidisciplinar podem garantir vantagens na organização dos cuidados, aportando resposta célere e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica, necessitando, contudo, de profissionais com elevada diferenciação de competências para que estes possam ser aplicados de forma eficaz. Esses

profissionais no contexto das unidades de cuidados intensivos devem ser os Enfermeiros Especialistas, nomeadamente o EEEMC.

A Ordem dos Enfermeiros (2018b), através de um parecer da Mesa do Colégio da Especialidade Médico Cirúrgica, recomenda que a presença dos EEEMC nas unidades de cuidados intensivos seja assegurada através de uma dotação segura calculada em 50%.

Na UCIC onde efetuei estágio essa dotação não era cumprida, apesar de existirem Enfermeiros em fase de formação nesta área e haver preocupação por parte da Enfermeira Gestora em solicitar mobilização de recursos humanos de forma a conseguir dar resposta a esse desiderato.

Essa dificuldade de alocar recursos humanos com competências diferenciadas associadas à existência de protocolos para abordagem aos cuidados à pessoa em situação crítica pode resultar numa menor qualidade dos cuidados assistenciais. O objetivo dos protocolos passa por uniformizar os cuidados prestados, na expectativa de aumentar a sua qualidade, todavia nos cuidados à pessoa em situação crítica isso pode não acontecer (Sevransky et al., 2015).

Os protocolos instituídos no serviço preveem explicitamente o que deve ser feito em cada circunstância, contudo não podem ser limitadores da abordagem à pessoa em situação crítica, sendo que denotei em algumas ocasiões dificuldades em implementar medidas que pudessem ser clinicamente necessárias, mas que fossem além do previsto no protocolado. Estes constrangimentos vão contra o referido por Chang, Sevransky e Martin (2012), apontando que os protocolos são orientações enquadráveis nos contextos clínicos, mas que devem dar ao profissional a margem para ajuizar a situação e implementar as medidas que considerar mais adequadas ao seu diagnóstico.

Quando eficazmente aplicados os protocolos tem implicações diretas na redução da duração do internamento, com conseqüente redução de custos, no entanto, deve ser preocupação da instituição de saúde avaliar a aplicabilidade dos protocolos, identificando os benefícios reais que superem eventuais danos, descartando um conceito denominado por Kavanagh e Nurok (2015) de *protocol misalignment*, que consiste num desalinhamento entre o contexto em que um protocolo é desenvolvido e o contexto em que se encontra implementado. Esse procedimento seria prática do serviço, porém pela situação pandémica ainda em curso foi colocado em segundo plano, bem como a revisão dos protocolos.

A existência de protocolos implica que seja assegurada a sua constante revisão para que se mantenham atualizados com a melhor evidência disponível. Nos grupos de trabalho

responsáveis por essa revisão é fundamental que estejam inseridos EEEMC, aplicando as suas competências no âmbito da melhoria contínua.

A organização de cuidados instituída neste serviço fazendo uso de protocolos permitiu-me identificar que numa perspetiva de EEEMC esses recursos devem ser encarados como elementos de segurança para a prática clínica, mas que não podem ser utilizados numa ótica de carência de recursos ou como instrumentos de substituição do juízo clínico dos profissionais. A opção dos serviços de saúde para rentabilizar o uso de protocolos deve recair na formação contínua dos seus profissionais ao mesmo tempo que se avalia frequentemente a aplicação dos mesmos, validando a implementação de estratégias que resultem em benefício para a pessoa e instituição.

Nesse papel o EEEMC deve assumir um papel central, apostando em ser o fio condutor dos programas de melhoria contínua, orientando e supervisionando a gestão dos cuidados em curso, definindo em parceria com os Enfermeiros Gestores os indicadores de qualidade a obter pelos serviços. Essa postura de reflexão sobre a prática dos cuidados e limitações possíveis associadas ao uso dos protocolos foi partilhada com a Enfermeira Gestora do serviço, permitindo compreender que existe em curso um trabalho com o intuito de atualizar e melhorar os cuidados de enfermagem através da criação de grupos de trabalho na equipa de Enfermagem, onde os enfermeiros especialistas assumirão um papel de destaque.

O desenvolvimento de competências de forma a conseguir responder eficazmente às necessidades de suporte familiar da pessoa em situação crítica foi igualmente um desafio ao qual tive necessidade de dar resposta ao longo do estágio nos dois contextos. Apesar de considerar que ao longo do percurso profissional fui desenvolvendo a capacidade de estabelecer com a pessoa e os seus familiares uma relação eficaz de forma a potenciar os cuidados de enfermagem, a especificidade de prestar cuidados em unidades de cuidados intensivos tornou a comunicação como um ponto a melhorar no meu perfil de competências.

As dificuldades sentidas neste âmbito relacionaram-se em primeiro lugar pela gravidade da situação clínica da pessoa por mim cuidada, com potencial risco de vida superior ao perfil das pessoas que habitualmente cuido, fazendo parte desta equação os meios tecnológicos envolvidos em serviços de cuidados intensivos que potenciam na pessoa e na sua família a incerteza perante o desconhecido.

Uma comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde, especialmente pelos Enfermeiros face à sua presença contínua junto da pessoa em situação crítica nas unidades

de cuidados intensivos, gera na pessoa e na sua família uma melhor compreensão sobre a sua situação e diminui a carga psicológica (Adams, Mannix & Harrington, 2017). O relacionamento com as pessoas de referência exponencia-se por em inúmeras situações a pessoa em situação crítica apresentar alteração do estado de consciência que a impede de receber informação clínica ou ser necessário pela sua situação a pessoa permanecer sob sedação. Assim, revela-se tão importante como prestar cuidados de excelência a necessidade de colocar a comunicação no centro do processo assistencial, pelo potencial associado a melhores resultados clínicos e redução do número de queixas devido a falhas comunicacionais (Lam et. al, 2015).

Neste sentido a realização da primeira visita dos familiares da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos foi uma atividade que realizei inúmeras vezes ao longo dos estágios e que exigiu o desenvolvimento de habilidades comunicacionais de forma a prepará-los da melhor forma para uma situação nova, constrangedora e com impacto multifatorial na vida da família. O resultado da preparação da primeira visita e das subsequentes tem um impacto na forma como as famílias vão integrar esta fase delicada, prevenindo o surgimento do denominado Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICI-F), definido por ocorrer um compromisso cognitivo ou da saúde mental em membros da família após um familiar ser hospitalizado num serviço cuidados intensivos (Cairns et al., 2019).

O resultado da efetividade do enquadramento da situação clínica da pessoa em situação crítica pelos enfermeiros tem uma real importância, uma vez que 14% a 50% dos familiares (Davidson, Jones & Bienvenu, 2012) das pessoas internados numa unidade de cuidados intensivos podem desenvolver SPICI-F.

No contexto pandémico em que se realizaram os estágios agravou-se a possibilidade de ocorrência do SPICI-F pelas inúmeras restrições no acesso das famílias a visitarem os seus familiares, limitando o acesso da pessoa em situação crítica às suas pessoas de referência. Dessa forma procurei nas visitas agendadas com o familiar de referência da pessoa em situação crítica proceder a uma abordagem organizada, permitindo reconhecer de que forma a situação aguda de doença da pessoa estava a influenciar o seu contexto familiar, assumindo-me como facilitador deste processo. Providenciei uma escuta ativa aos familiares, proporcionando-lhe espaço e oportunidade para uma comunicação franca e em que se denotasse a preocupação da equipa com as suas inquietações. Foi meu desiderato constante que transparecesse para a família que a situação de doença do seu ente querido era

encarada pela equipa como um problema familiar, fazendo a família também parte do foco a cuidar.

Alinhado com a política das unidades onde efetuei os estágios, que se centrava no cuidado à pessoa e família como um todo, procurei efetuar essa mudança de paradigma na minha abordagem à família, assumindo um papel de facilitador das suas emoções, tendo em conta o respeito pelos seus valores e crenças. Ao invés de assumir uma atitude paternalista procurei adotar uma postura que transmitisse segurança e suporte emocional, sendo de salientar o facto de as unidades contarem com salas preparadas para receber e transmitir informações, respeitando a privacidade das famílias num ambiente mais acolhedor.

Com o intuito de contornar as dificuldades provocadas pela pandemia nas visitas dos familiares aquando da primeira visita era fornecido um contacto telefónico direto com a unidade, estabelecendo um vínculo entre os familiares e a equipa de saúde, igualmente era apresentado o Enfermeiro de Referência que assumia a responsabilidade de fazer a ponte entre a pessoa em situação crítica, a família e a equipa multidisciplinar.

Esta preocupação institucional com o suporte familiar resulta numa comunicação eficaz, sendo um elemento facilitador desta experiência crítica, providenciando a informação adequada nas diferentes fases da doença, resultando na diminuição da ansiedade e facilitando a tomada de decisão suportada na informação transmitida (Kydonaki, Kean, & Tocher, 2020). O tempo de cuidados dedicado à família, incluindo procedimentos como telefonemas, entrevistas e aconselhamentos eram documentados no plano de cuidados da pessoa em situação crítica e contemplados no instrumento que visa medir a carga de trabalho de enfermagem nas 24 horas, o *Nursing Activities Score* (NAS). Este instrumento foi desenvolvido por Miranda et al. (2003), a partir do *Therapeutic Intervention Scoring System* com o intuito de calcular o tempo necessário para a prestação de cuidados em ambientes de cuidados intensivos, sendo dividido em sete grandes categorias divididas em 23 itens.

O recurso mais usado neste tempo pandemia para contornar as dificuldades da presença dos familiares nas Unidades de Cuidados Intensivos foi a utilização da videochamada, potenciando a comunicação entre a família, a pessoa em situação crítica e os profissionais de saúde. Apesar da utilização deste recurso na saúde ser recente, emergindo em grande parte pelas restrições referidas, estão já documentados os seus benefícios ao nível da manutenção do vínculo entre a pessoa e a sua família, bem como a diminuição da incerteza que surge naturalmente pelo distanciamento imposto pela Covid-19 (Rose et al.,

2021), sendo que dessa forma fiz uso frequente deste recurso, potenciando a relação pessoa/família.

No campo de ação da relação enfermeiro/família a atividade que teve um impacto mais significativo no meu perfil de competências neste âmbito foi a comunicação da morte cerebral de um jovem com cerca de 30 anos internado na UCIP, com a consequente decisão de ser elegível para doação de órgãos. A preparação necessária para a comunicação de uma notícia deste foro deve ser o resultado de uma comunicação transparente ao longo do desenrolar da situação clínica.

Estar presente numa comunicação deste tipo de notícia fez-me sentir a necessidade de rever a legislação associada aos critérios de morte cerebral e da doação de órgãos (Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho). Tal facto resultou do alerta da Tutora para que os profissionais envolvidos nestas reuniões devam estar bem preparados para gerir a possível rejeição do sucedido, transmitindo informação de forma segura de modo a evitar desconfiança e confusão sobre o diagnóstico. Ao contrário da comunicação de uma morte pós paragem cardiorrespiratória os familiares não visualizam a pessoa morta na sua conceção cultural habitual, pelo que exige dos profissionais uma comunicação prolongada e detalhada sobre todo o processo, nomeadamente a explicação dos critérios de morte cerebral. Para permitir às famílias compreender a morte cerebral, as implicações e resultados de tal diagnóstico, é vital que recebam informação, apoio e orientação de uma equipa experiente (Dos Santos & Feito, 2018).

A capacidade para detetar, satisfazer e gerir as necessidades das famílias confrontadas com esta notícia requer competências avançadas neste âmbito, sendo que o perfil de competências do EEEMC é o mais apropriado para lidar com este quadro, dessa forma consegui em parceria com a Tutora proceder a uma abordagem sistemática, consistente e individualizada que permitiu implementar as intervenções de enfermagem adequadas para esta família lidar com o trauma emocional e iniciar adequadamente o processo de luto.

Pese embora não exista formalmente na UCIP um protocolo que apoie a comunicação de más notícias, a Tutora informou-me que foi proporcionada formação à equipa neste âmbito, tendo como base o Protocolo SPIKES. Este protocolo foi originalmente publicado na década de 1990, tendo como objetivo habilitar a equipa multidisciplinar para a comunicação de más notícias.

O protocolo SPIKES - *Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary* (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, 2011) orientou, assim, as intervenções de enfermagem que implementei durante a comunicação de más notícias, visando dar resposta aos quatro grandes objetivos: recolher informações; transmitir as informações clínicas; proporcionar suporte; proporcionar orientação para um plano futuro. Atendendo às etapas do protocolo foi possível desenvolver intervenções específicas com esta família tais como:

- *Setting* (Preparação e escolha de ambiente adequado)

Tal como já referido, a UCIP conta com uma sala preparada para a comunicação com os familiares, o que por si só cria a privacidade necessária a este tipo de informação, minimizando as interrupções. Igualmente proporcionei que a pessoa de referência estivesse acompanhada, sendo essa a sua vontade.

- *Perception* (Descobrir o que o familiar já sabe)

Nesta fase revelou-se importante perceber o que o familiar já sabia da situação da pessoa em situação crítica, o que foi conseguido através de uma escuta ativa, proporcionando espaço para os silêncios, evitando distanciamento, potencializando a eficácia das fases seguintes.

- *Invitation* (Descobrir o que o familiar quer saber)

Identificar o que o familiar quer saber foi o passo seguinte efetuado, evitando fazer moralismo ou juízo acerca dos seus conhecimentos, reconhecendo qual o nível de especificidade que o familiar pretendia obter da informação clínica e que iria facilitar a compreensão da má notícia.

- *Knowledge* (Dar a notícia)

A comunicação da notícia da morte cerebral foi efetuada de forma cuidadosa, fazendo uso do “tiro de aviso”, que pretendeu chamar a atenção do familiar para a informação que seria dada, sendo posteriormente transmitida com recurso a frases curtas, potenciando a interpretação e dando tempo à assimilação do conteúdo.

- *Explore emoticons* (Responder às reações do familiar)

Nesta fase foi crucial responder as emoções do familiar, respeitando a angústia, o choro e silêncio, implementando medidas de comunicação não verbal e fornecendo respostas claras e concisas às perguntas do mesmo.

- *Strategy and summary* (Planear e acompanhar)

Nesta fase final, aproveitando a presença de uma pessoa significativa para o familiar, foram elencados os planos futuros com base nas maiores preocupações verbalizadas.

Uma vez que era clinicamente indicado e não existindo objeção da pessoa através da inscrição prévia no Registo Nacional de Não Dadores (Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro) foi ao mesmo tempo preparada a família para a doação de órgãos. Apesar de a Lei não obrigar a um consentimento da família nestas situações era preocupação da equipa multidisciplinar incluir a família nessa decisão, facilitando o luto e preparando-os para a necessidade de o seu familiar continuar a receber cuidados semelhantes aos prestados antes da declaração de morte cerebral tendo em vista a doação de órgãos.

Estas experiências de interação com a família num contexto de cuidados intensivos, dificultada pela situação pandémica, enriqueceu o leque de recursos para continuar ao longo do meu percurso profissional a potencializar a presença da família junto da pessoa em situação crítica. Implementar intervenções focalizadas na díade pessoa/família irão conduzir a um aumento da satisfação com os cuidados (Van Mol et al., 2017) e no contexto particular dos cuidados intensivos, podem assumir um papel relevante na prevenção de complicações, nomeadamente na prevenção do delírio (Mitchell et al., 2017).

No sentido de estabelecer uma comunicação eficaz com os elementos das equipas multidisciplinares dos serviços procurei ao longo do estágio na UCIP e UCIC potenciar a relação entre pares e com os restantes profissionais para promover a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

A transição de cuidados na abordagem à pessoa em situação crítica é um momento decisivo para garantir a segurança dos cuidados, pelo que no atual paradigma de cuidados de saúde é uma preocupação transversal a todas as entidades prestadoras de cuidados, sendo um *standard* avaliado por todas as agências de acreditação da qualidade das unidades de saúde. O interesse por esta temática iniciou-se no estágio do primeiro ano, onde detetei no contexto de SU a necessidade de uniformizar a transição de cuidados com recurso a ferramentas comunicacionais que possam contribuir para aumentar a segurança da pessoa em situação crítica.

A segurança é uma preocupação que deverá ser organizacional, não podendo ser apenas de uma pessoa, serviço ou departamento. A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (2015) afirma que as instituições devem implementar uma política de gestão do risco, declarando e analisando os incidentes, implementando medidas que diminuam a sua recorrência.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 do Ministério da Saúde (2021), na linha do plano prévio de 2015-2020, reafirma como objetivo desenvolver e implementar ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência de cuidados segura. O Plano define estratégias a seguir pelas instituições, onde se inclui a segurança da comunicação, revelando-se esta como um pilar fundamental, nomeadamente na transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde.

No sentido de dar resposta a essa preocupação já denotada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da década anterior, a Direção Geral da Saúde (2017a) publicou uma norma que orienta o que deverá ser comunicação eficaz na transição de cuidados. A transição de cuidados é um momento frequente nas instituições de saúde, que por essa mesma frequência pode ter tendência a ser desvalorizada pelos profissionais de saúde, contudo são ocasiões de grande exigência, pois a transferência de cuidado consiste na transmissão da responsabilidade de algum, ou todos os aspetos do cuidado da pessoa para outro profissional.

A Direção Geral de Saúde (2017a) refere que as transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, devendo ser implementados procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informação entre os profissionais de saúde. Essa revela-se essencial pela evidência descrita pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (2009) que relata que quase metade dos funcionários de um hospital acreditam que a informação da pessoa internada é perdida durante transferências pelas unidades do hospital ou durante passagens de turno. Falhas de comunicação são também a causa principal de eventos sentinela reportados pela *The Joint Commission* (2021).

Revela-se dessa forma preponderante o uso de ferramentas comunicacionais quando o profissional de saúde precisa transmitir informações complexas num curto espaço de tempo. Gluyas (2015) afirma o uso de estratégias que garantam a eficiência da mensagem transmitida e promovam a uniformização da mesma, garantindo que os profissionais compartilhem o mesmo entendimento sobre o que está a acontecer.

O trabalho académico de revisão integrativa sobre a temática da transição de cuidados desenvolvido no primeiro estágio foi transversal aos outros contextos de estágio, tendo a preocupação de dar continuidade à construção do mesmo, juntamente com a Professora Doutora Patrícia Coelho, ao longo do segundo ano do curso de forma a produzir um artigo de revisão (apêndice I), reforçando a necessidade de continuar a desenvolver competências na transição de cuidados em unidades de cuidados intensivos.

Na prestação de cuidados ao longo do estágio na UCIP senti necessidade de comunicar eficazmente com a equipa, nomeadamente no momento da transição de cuidados, fazendo uso de estratégias comunicacionais que me permitissem organizar a informação, possibilitando a continuidade dos cuidados e estabelecendo relações que promovessem um bom ambiente e a construção da tomada de decisão em equipa. Na ausência do uso de um instrumento de apoio à transição de cuidados usado de forma transversal pela equipa denotei que existiam diferentes metodologias de transição de cuidados usadas pelos Enfermeiros, potenciando alguma interferência na comunicação e podendo eventualmente gerar eventos críticos. Santos, Barros e Silva (2020) descrevem que nas unidades de cuidados intensivos o processo de comunicação envolve cuidados a pessoas gravemente doentes, com risco de vida e em que são prestados cuidados de elevada complexidade, o que por si só torna a comunicação difícil e podem ser uma causa potencial de eventos adversos.

Tendo em conta a necessidade de assegurar uma transição de cuidados segura tive necessidade de utilizar um modelo que me ajudasse a documentar os cuidados prestados ao longo dos turnos, desenvolvendo competência para fundamentar as tomadas de decisão e transmiti-las de forma eficaz. Com a orientação da Tutora passei a esquematizar a transição de cuidados com base na metodologia ABCDE, privilegiando esta em relação à abordagem por sistemas, mais direcionada para o modelo biomédico.

A metodologia ABCDE tem objetivos e princípios estruturados de avaliação, podendo ser útil em todos os contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, do pré-hospitalar às enfermarias de internamento, passando pelos Serviços de Cuidados Intensivos, assumindo-se como uma ferramenta que sistematiza os conhecimentos, processos operacionais e tecnologias disponíveis, de forma a orientar a qualidade dos cuidados. A existência de linguagem protocolada, uniforme, assim como a sua sequência fundamenta as intervenções a aplicar, que baseadas na evidência científica garantem a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados, tal como afirmam Thim, Krarup, Grove, Rohde e Løfgren (2012). O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2020) apoia a mesma sistematização, afirmando que uma linguagem e abordagem protocolada permite melhorar o trabalho de equipa.

O Resuscitation Council UK (2021) descreve que a abordagem ABCDE permite aos enfermeiros realizar um trabalho holístico e sistemático de avaliação da pessoa em situação crítica. Embora esta abordagem seja tradicionalmente utilizada em contexto de cuidados de emergência, o conceito é aplicável em qualquer local de cuidados agudos e dessa forma

contribuiu decisivamente para aquisição de competências relacionadas com a tomada de decisão, fundamentando a implementação de intervenções apropriadas à monitorização e avaliação efetuadas e posterior partilha com a equipa.

No que diz respeito ao estágio na UCIC a existência de um modelo institucional de apoio à transição de cuidados foi um elemento facilitador da transmissão de informação, servindo de base à organização da mesma. De qualquer das formas continuei a implementar a estratégia que tinha tido tão bons resultados no estágio anterior e que já tinha consolidado de forma a potenciar a transmissão de informação. Comparando as duas experiências de estágio, bem como a experiência pessoal prévia identifiquei vantagens no uso em serviço de um modelo institucional que apoie a transição de cuidados, mesmo que posteriormente cada elemento aporte o seu contributo pessoal, há certeza que a informação essencial é transmitida através de uma sistematização da informação comum a todos os elementos da equipa de enfermagem.

Tão importante como assegurar uma transição de cuidados segura é documentar os cuidados prestados com o adequado rigor científico que a complexidade dos mesmos exige. Durante o meu percurso profissional de Enfermagem ao longo da última década em diferentes contextos e serviços multidisciplinares reforcei a constatação que uma documentação de cuidados rigorosa se reflete em efeitos positivos na segurança dos cuidados e reforça a relação multidisciplinar. Prideaux (2011) refere que a documentação dos cuidados de Enfermagem é parte integrante da prática, assumindo valor clínico e legal, sendo que um padrão pobre de documentação contribui para uma pior qualidade de cuidados de enfermagem.

A documentação dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no contexto de cuidados intensivos exigiu a utilização de linguagem escrita correta e científica, assumindo-se com uma especificidade própria que me obrigou a consolidar todos os conhecimentos previamente adquiridos ao longo das unidades curriculares teóricas, tornando-se importante para o meu percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista no que à gestão documental rigorosa dos cuidados prestados diz respeito.

O estágio na UCIP permitiu-me contacto com um Sistema de Informação em Enfermagem diferente daquele com que estou familiarizado na minha prática diária, potenciando aprendizagens novas nos domínios da documentação de cuidados, apesar de a linguagem utilizada assentar igualmente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Os sistemas de informação em enfermagem assumem desde o início do século

XXI papel fundamental no apoio à tomada de decisão dos enfermeiros, datando de 1 de Março de 2002 o primeiro doutoramento em Ciências de Enfermagem, que abordava esta temática. Esse trabalho produzido pelo Professor Doutor Abel Paiva assinala um marco histórico na profissão de Enfermagem que assume a sua capacidade de produção de conhecimento, como uma ciência autónoma capaz de regular o seu manancial de saberes com vista à prestação de cuidados de excelência. Os sistemas de informação dotam os dados de uma fácil acessibilidade sobre os cuidados prestados, permitindo uma melhor continuidade e ao mesmo tornam-se uma ferramenta essencial para a gestão eficiente dos serviços de saúde, permitindo a identificação de indicadores de qualidade (Sá, Dias & Norelho, 2019).

Ao longo do estágio na UCIC o desafio não foi tanto ao nível do impacto com um novo sistema de informação em enfermagem, uma vez que o usado é o SClinico® com o qual trabalho diariamente na minha atividade profissional, mas sim com o tipo de informação e documentação a produzir. A necessidade de documentar cuidados no âmbito do ensino pré e pós realização de procedimentos invasivos de carácter diagnóstico e de intervenção do foro cardíaco foi um desafio potenciador de novas aprendizagens, permitindo a preparação atempada e eficaz da alta clínica, com a pessoa em situação crítica e com a sua pessoa significativa.

O uso no estágio de um novo sistema de informação como o B.ICU.Care® direcionado para a gestão de informação no contexto específico da pessoa internada em unidades de cuidados intensivos e a necessidade de documentar cuidados no âmbito dos ensinamentos potenciou a aquisição de competência no domínio da gestão documental de informação, dotando-me de capacidade para interpretar, organizar e divulgar os dados provenientes deste programa e de novas práticas, resultando na prestação de cuidados diferenciada.

A tomada de decisão decorrente da transição de cuidados e da documentação dos cuidados com recurso aos sistemas de informação revelam-se essenciais para a melhoria dos cuidados, baseando as decisões nos indicadores produzidos e não com base na intuição (Lee, 2013). No decorrer dos estágios procurei realizar atividades que me permitissem a incorporação da evidência na prestação de cuidados, consolidando conhecimentos que melhorassem a qualidade global dos cuidados nos contextos de estágio. Pautei o meu desenvolvimento pessoal de aprendizagens de forma contínua, tal como se preconiza para o EEEMC, dessa forma procurei integrar no meu método de trabalho as melhores evidências que me permitissem assegurar cuidados de excelência.

Ao longo do estágio foram inúmeras as situações que me impeliram a procurar autonomamente a melhor evidência disponível de forma a conseguir dar resposta ao nível de cuidados expectável em serviços de cuidados intensivos. Igualmente a Professora Doutora Patrícia Coelho e os Tutores, ao longo do processo de orientação e supervisão do estágio, indicaram-me assuntos chave sobre os quais deveria debruçar-me, potenciando aquisição de conhecimentos e conseqüentemente, contribuindo para o desenvolvimento de competências. Englobo esse processo na relação de supervisão estabelecida entre mim, no papel de estudante, e os Tutores, como eficazmente potenciadora da minha consolidação de competências. A supervisão clínica é referida por Fowler e Cutcliffe (2011) como um processo interpessoal, onde um profissional qualificado ajuda outro (profissional/estudante), menos qualificado ou experiente, a atingir a competência profissional adequada ao seu papel, ajudando-o a refletir e orientando-o na construção do seu conhecimento. No caso, foram capazes de dirigir a minha aprendizagem e o desenvolvimento profissional expectável para este nível de formação, adotando estratégias como simulações, reuniões, troca de informações e discussão de abordagens à pessoa em situação crítica que se revelaram uma mais valia.

O papel do supervisor como um facilitador da aprendizagem foi plenamente assumido pelos Tutores, podendo elencar que foram cumpridas as etapas de supervisão descritas por Alarcão (2015): realizámos o encontro pré-observação, onde discutimos o planeamento de estágio e percebi a sua conceção de supervisão, clarificando as funções de ambos. A segunda etapa consistiu na observação concreta, constituída por um conjunto de atividades com vista a obter dados e informações relativas ao processo de ensino/aprendizagem para posteriormente analisar e tomar decisões. Posteriormente, fiz a análise dos dados de tudo o que registei e recolhi, ocorrendo então o encontro pós observação, momento em que eu, enquanto supervisionado, refleti sobre o que se passou, integrando os contributos dos Tutores, para melhorar a minha prática e consolidar as competências. Todo este processo foi dinâmico a cada dia de estágio.

Tendo como base a relação supervisiva estabelecida e após reflexão, enquadro-a no modelo de supervisão clínica centrado nas funções da supervisão clínica, sendo que Cruz (2009) assegura que esta é essencial, visto ser aplicável a todas as áreas da profissão, permitindo uma relação de trabalho entre o supervisor e o supervisionado, de modo a que este possa refletir sobre ele mesmo e sobre a prática clínica, recebendo *feedback* e acompanhamento apropriado, tendo por base os processos de tomada de decisão autónoma,

valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados. A ação, reflexão e colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica que foram plenamente estabelecidos entre mim e os Tutores. A importância da supervisão clínica revela-se de tal forma que a Ordem dos Enfermeiros (2018c) a reconheceu, validou e certificou desde há quatro anos, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional.

Desde o século passado que os indicadores de qualidade em Saúde podem ser abordados pela trilogia de Donabedian, mantendo-se esta ainda aplicável à avaliação das unidades de saúde tal como afirmam Moore, Lavoie, Bourgeois e Lapointe (2015). Da relação supervisiva estabelecida com os Tutores saliento que estes sempre me orientaram para que o foco da prática do Enfermeiro Especialista esteja direcionado para os indicadores de resultado e não para os indicadores de processo. Esta orientação no domínio da qualidade em saúde repercutiu-se numa alteração da forma como encaro a prestação de cuidados, nomeadamente passando a ter em conta a aceitabilidade, que é o quanto o meu cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores da pessoa em situação crítica e da sua família.

Igualmente relevante neste processo foi a realização de uma prática reflexiva ao longo dos estágios, onde analisei num constante as dificuldades sentidas ao longo dos dias perante as novas aprendizagens que se iam sucedendo e de que forma estas estavam a contribuir para o desenvolvimento de competências. Ao mesmo tempo tornou-se importante constatar de que forma o processo formativo estava a contribuir para processos de melhoria nos contextos de estágio, nas práticas das equipas de enfermagem e nos cuidados que prestei à pessoa em situação crítica. A importância da prática reflexiva é potenciada pela produção escrita de documentos, que permitiu formalizar o processo de desenvolvimento de competências, integrando os contributos já conhecidos de Benner (2001) no meu percurso pessoal realizado neste período.

Em todas as situações da prática profissional do EEEMC, mas especialmente na abordagem à pessoa em situação crítica a tomada de decisão é fulcral para a garantia de melhores cuidados, pelo que ao longo do estágio com a supervisão dos Tutores e da sempre presente orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho fui capaz de assegurar tomadas de decisão com certeza, baseadas nas evidências.

O processo de aprendizagem na procura da melhor evidência disponível integrou os conhecimentos adquiridos previamente nas unidades Curriculares de Métodos de Investigação e Métodos de Análise de Dados, aplicando a capacidade de desenvolver

autonomamente competências de pesquisa em bases de dados de artigos científicos e a sua análise sob forma de revisão bibliográfica, bem como avaliar o seu impacto na profissão, tendo como fim último o demonstrar capacidades para discutir e dar continuidade ao processo de investigação baseado em evidências científicas. Para Sousa, Vieira, Severino e Antunes (2017) práticas baseadas na evidência permitem a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem, conhecendo o estado de arte de uma determinada temática, alargando o conhecimento científico e fundamentando a prática.

A presença do EEEMC na área da pessoa em situação crítica revela-se fulcral para a diferenciação de competências das equipas dos serviços de cuidados intensivos. Pinho (2020) refere que as equipas de enfermagem em cuidados intensivos são alicerçadas em profissionais com competências para cuidar da pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Nesse sentido procurei assumir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, impulsionando, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018a), iniciativas que promovam práticas de qualidade.

No decorrer do estágio na UCIP identifiquei a oportunidade de uniformizar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica que se encontra sob nutrição entérica, produzindo um trabalho que sustentasse a criação de uma instrução de trabalho que documente os cuidados necessários desde a implementação da prescrição à vigilância da tolerância alimentar, criando um fluxograma para a administração e avaliação do volume residual gástrico (VRG). A instrução de trabalho criada assenta nas intervenções autónomas de Enfermagem, que se caracterizam por ser independentes e baseadas nas suas qualificações profissionais (Ministério da Saúde, 1996), apoiando-se no diagnóstico de Enfermagem Alimentar comprometido e partindo desse para instituir o plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa em situação crítica.

A validação da pertinência dessa instrução, fundamentada por um trabalho académico, foi realizada em parceria com a Tutora, justificando-se pela não existência no serviço de uma orientação transversal sobre este assunto, o que conduzia a práticas díspares por elementos da equipa, pondo em causa a implementação do suporte nutricional maximizado à situação da pessoa em situação crítica.

Com esta proposta de instrução de trabalho tive como objetivo contribuir para a otimização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, uma vez que o suporte nutricional não deve ser subestimado, devendo ser encarado como parte integrante do plano assistencial. Os benefícios do suporte nutricional na pessoa em situação crítica são

inúmeros, englobando a melhoria da cicatrização, a diminuição da resposta catabólica à agressão, a melhoria da estrutura e função gastrointestinal, conduzindo a melhoria dos resultados clínicos, incluindo a redução das taxas de complicações e tempo de permanência nos serviços de cuidados intensivos.

Revela-se, então, dessa forma fulcral a avaliação das necessidades nutricionais da pessoa em situação crítica, identificando e implementando um objetivo nutricional individualizado, já que essa definição, tão precoce quanto possível, revela-se primordial para alcançar a máxima eficácia nutricional. Ao longo da última década, o desenvolvimento e a melhoria das técnicas e fórmulas de nutrição entérica e as suas vantagens face à nutrição parentérica tornaram-na o tipo de suporte nutricional preferencial, quando o trato gastrointestinal está parcial ou totalmente funcional. McClave et al. (2016) recomendam que em pessoas em situação crítica, com necessidades de suporte nutricional, a nutrição entérica é preferível em relação à parentérica, já que diminui a resposta inflamatória, mantém a função intestinal, integridade e motilidade, reduzindo os efeitos do stress fisiológico, as taxas de infeções e úlceras de pressão devido a uma melhor imunidade e cicatrização dos tecidos.

Uma vez que os cuidados de Enfermagem se revelam fulcrais no sucesso da administração da terapêutica nutricional por via entérica, Colaço e Nascimento (2014) descrevem um conjunto de intervenções recomendadas, que se poderiam agrupar numa *bundle* suportada na evidência científica, que para além disso, tem em consideração a sua aplicabilidade e a adesão da equipa para a melhoria dos cuidados prestados.

Face à relevância documentada realizei assim o trabalho que denominei Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica (Apêndice II), respondendo à complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, dado que existência de protocolos nos serviços de saúde orientados para a prática dos cuidados tende a melhorar os mesmos, refletindo-se numa prestação segura. Araújo et al. (2020) descrevem os protocolos como instrumentos de sistematização que coadjuvam os enfermeiros no planeamento das intervenções de enfermagem, bem como na tomada de decisão clínica. A criação de uma instrução de trabalho relativa à administração da nutrição entérica e avaliação do volume de resíduo gástrico uniformiza os cuidados prestados, fornece uma estrutura que apoia a tomada de decisão relativamente ao esquema de progressão do suporte nutricional entérico e na gestão do VRG, maximizando a eficiência do aporte nutricional, permitindo em última instância a diminuição da morbidade e mortalidade.

Este trabalho construído ao longo do estágio permitiu colocar em prática os conteúdos lecionados no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico Cirúrgica II, partindo deles para a procura de mais conhecimento que permitisse construir um documento baseado na evidência mais atual disponível acerca desta temática. Contribuiu igualmente para o meu processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente as competências comuns nos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens. Já no que às competências específicas do EEEMC na área da pessoa em situação crítica diz respeito, esta temática e a sua implementação na prática do contexto de estágio permitiu-me adequar as intervenções necessárias na prevenção de complicações e instituir os cuidados necessários que facilitassem o processo de transição de doença aguda da pessoa, gerindo da melhor forma processos assistenciais de alta complexidade.

O trabalho supracitado teve acolhimento favorável pela Enfermeira Gestora da UCIP, sendo que à data de término do estágio se encontrava em análise pela Direção da Instituição para aprovação e posterior implementação, constituindo, portanto, uma experiência enriquecedora na medida em que permitiu dar o meu contributo ao contexto de estágio na mesma medida em que potenciou o processo de desenvolvimento formativo na linha do que tinha planeado.

A gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica dos mais diversos foros, com ênfase no neurocrítico, cardíaco e às suas famílias dotou-me de potencialidades que resultaram na aquisição de competência para:

- Gestão e implementação de protocolos terapêuticos complexos;
- Avaliação contínua do processo assistencial e dos resultados da tomada de decisão;
- Gestão adequada da comunicação com a pessoa em situação crítica e sua família, face à situação complexa da sua saúde, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes;
- Garantia de práticas de cuidados que respeitem a pessoa e família na sua condição humana;
- Gestão documental rigorosa dos cuidados prestados;
- Participação na construção da tomada de decisão em equipa;
- Recolha de contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão;
- Suporte da tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência;
- Promoção da incorporação dos conhecimentos na área na prestação de cuidados.

Estas competências tornaram-se transversais na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica, assentando no juízo clínico e diagnóstico a implementação de um plano de cuidados de enfermagem que dê resposta às necessidades documentadas. Ao ser capaz de implementar esta metodologia demonstrei competências específicas da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2018a), estando preparado para identificar prontamente focos de instabilidade e implementando respostas de forma pronta e antecipatória.

3.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No decorrer do período de estágio planeei conhecer os planos de resposta dos diferentes serviços a situações de emergência, exceção ou catástrofe. As unidades de cuidados intensivos onde realizei estágio asseguram os cuidados a pessoas em situação crítica, com recurso ao melhor suporte humano e tecnológico que permite antecipar complicações *major* da doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que não tive oportunidade neste período de experienciar situações de emergência ou catástrofe, situações essas que foram desenvolvidas no estágio do primeiro ano do curso em contexto de SU.

No que diz respeito a situações de exceção posso integrar neste objetivo o transporte não programado da pessoa em situação crítica para outra instituição de saúde que melhor responda à sua situação de doença atual.

O processo de transporte da pessoa em situação crítica inicia-se por prescrição médica, atendendo ao facto deste só ser justificável pela necessidade de proporcionar um nível de cuidados superior ao que a pessoa se encontra ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que não sejam possíveis no local de origem, dado que o transporte gera exposição a riscos adicionais que exigem recursos materiais e humanos proporcionais ao risco de falência de órgão (Freitas & Gomes, 2015).

A decisão de transportar uma pessoa em situação crítica engloba-se na primeira das três fases em que este deve decorrer, sendo as restantes a fase de planeamento e de efetivação. As boas práticas que devem orientar este procedimento encontram-se descritas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) no documento denominado “Transporte de Doentes Críticos - Recomendações”.

A intervenção do Enfermeiro neste processo inicia-se na fase do planeamento, sendo que esta atividade requer a competência de ser capaz de suportar a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência, selecionando as respostas mais apropriadas a partir dos dados disponíveis. Para a Ordem dos Enfermeiros (2019b) é recomendado que o transporte da pessoa em situação crítica seja assegurado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, contudo nem sempre é possível pela constituição das equipas em serviço cumprir essa indicação. O Ministério da Saúde (2014) no Despacho nº 10319/2014 preconiza que pelo menos 50% dos Médicos e Enfermeiros em exercício na rede de urgência e emergência deva ter formação em transporte da pessoa em situação crítica.

A situação de transporte da pessoa em situação crítica previamente internada num serviço de cuidados intensivos pode ser vista como complexa e com um risco aumentado de erro devido à complexidade dos cuidados já em curso e uma vez que deve ser atendida a regra principal nestes casos, garantindo que o nível de cuidados no transporte nunca será inferior ao do local de origem.

Ciente da complexidade envolvida na preparação do transporte da pessoa em situação crítica tive oportunidade de no primeiro contexto de estágio na UCIP, sob supervisão da Tutora, colocar em prática esta atividade desde a fase do planeamento à efetivação, desenvolvendo a minha capacidade de decisão em situações de maior complexidade, assegurando a tomada de decisão partindo de um raciocínio clínico rápido, sendo que este tipo de competências deve estar perfeitamente consolidado no EEEMC e desta forma contribuiu igualmente para a formação do meu perfil próprio de competências.

Na fase de planeamento fiquei responsável pelo preenchimento da lista de verificação para o transporte secundário que funciona como uma linha orientadora na avaliação da pessoa em situação crítica prévia ao transporte e que se baseia na metodologia ABCDE. De acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2020) esta metodologia integra todos os protocolos de avaliação da pessoa em contextos urgentes e emergentes, assumindo-se como uma ferramenta que sistematiza os conhecimentos, processos operacionais e tecnologias disponíveis, de forma a orientar a qualidade dos cuidados. Fiquei ainda responsável pela verificação da mala de transporte inter-hospitalar da UCIP que acompanharia o transporte, apesar de esta ser deixada pronta a usar no final de cada transporte, foi sugestão da Tutora que a verificasse e me familiarizasse com ela antes do

início do transporte de forma a conseguir intervir rapidamente em caso de intercorrência na fase de efetivação.

Com este alerta da Tutora denotei que o EEEMC deve aliar os saberes teóricos à capacidade de liderança, iniciativa e aptidão na prestação de cuidados, assumindo-se pelas suas competências como elemento fundamental na implementação e execução de processos que contribuam para os cuidados com elevados padrões de qualidade. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2019a), afirma que ao possuir um conhecimento específico de Enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão torna-se um profissional de destaque na segurança dos cuidados e na melhoria contínua da qualidade.

Na fase de efetivação do transporte da pessoa em situação crítica assumi responsabilidades pela monitorização e documentação das vigilâncias efetuadas durante o transporte, ao mesmo tempo que colaborei em todas as outras fases processuais, nomeadamente na gestão da documentação clínica que deveria acompanhar a transferência. Constatei que, tal como descrevem Freitas e Gomes (2015), são momentos críticos na fase efetivação do transporte a transferência da cama para a maca de transporte e quando da colocação da pessoa na ambulância. Nesses momentos deve avaliar-se novamente a pessoa com a metodologia ABCDE e verificar todos os dispositivos quanto ao seu posicionamento e permeabilidade.

No decorrer do segundo contexto de estágio realizado na UCIC, dada a experiência previa na preparação de um transporte da pessoa em situação crítica, fui capaz de realizar todas as etapas de preparação do processo de transporte de forma autónoma, tendo esta experiência trazido contributos decisivos para consolidar a minha capacidade de tomada de decisão em ambientes de exceção, como foi o caso do transporte da pessoa em situação crítica, contribuindo para a prevenção de situações de urgência/emergência inesperadas, antecipando as possíveis complicações e colaborando com práticas seguras para a excelência dos cuidados.

A tomada de decisão revela-se um pilar essencial no perfil de competências do EEEMC, necessitando tanto de raciocínio como de intuição, sendo que ambas devem assentar nos conhecimentos e aptidões profissionais. A tríade do processo de tomada de decisão (Interpretar, Discriminar, Avaliar) referida pelo Grupo Português de Triagem (2010) que consolidei no estágio em contexto de Serviço de Urgência continuou a servir de base à

avaliação da pessoa em situação crítica em situações de emergência, exceção ou catástrofe na linha de consolidação das competências.

Desta forma, as competências adquiridas neste âmbito foram:

- Gestão dos cuidados em situações de exceção;
- Cuidados à pessoa em situações de exceção.

3.3 Maximiza a prevenção, intervenção 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 adequada

Os desafios a implementar pelo EEEMC no âmbito das competências específicas basearam as atividades relativas a implementar práticas impulsionadoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

Os serviços de cuidados intensivos comparativamente com outros serviços hospitalares apresentam risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) entre cinco a dez vezes superior de acordo com os dados do estudo de Pina, Paiva, Nogueira e Silva (2012). O estudo de prevalência efetuado pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2012) corrobora esses dados, descrevendo que 19,5% das pessoas internadas nesses serviços possui pelo menos uma IACS. Tal facto acarreta grande impacto para as instituições de saúde pelo aumento de custo associado ao prolongamento do internamento e para a pessoa em situação crítica, influencia diretamente o seu prognóstico em termos de morbilidade e mortalidade.

A necessidade de instituir um plano de cuidados apropriado à situação de vulnerabilidade da pessoa em situação crítica exige a presença de dispositivos invasivos que possam dar resposta à necessidade de monitorização e tratamento adequado. As IACS mais comuns associadas aos serviços de cuidados intensivos estão proporcionalmente ligadas a esse facto. A infeção do local cirúrgico, a infeção associada ao cateter vesical, a bacteriemia associada ao cateter venoso central e a pneumonia associada à intubação representam mais de 80% das IACS em cuidados intensivos (ECDC, 2014).

Na instituição onde se desenrolou estágio na UCIP o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) integra o Grupo da Qualidade, marcando uma política transversal a todos os

sectores de atividade. O papel do EEEMC no contexto deste projeto envolve a concepção e implementação dos *standards* e quando no papel de prestação de cuidados a sua operacionalização pela equipa multidisciplinar. No estágio do primeiro ano do curso de Mestrado tive oportunidade de conhecer e implementar a política da qualidade da Instituição no âmbito da prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, dando resposta ao desenvolvimento de competências próprias do Enfermeiro Especialista, facilitando desta forma a concretização dos objetivos propostos para este contexto.

Apesar da complexidade da pessoa em situação crítica, procurei implementar estratégias pró-ativas visando a prevenção e controlo de infeção, minimizando os riscos potenciais de complicações associadas à sua não implementação. As orientações da DGS no âmbito da prevenção e controlo de infeção são transversais a todas as unidades de saúde, pelo que o seu conhecimento prévio a este contexto de estágio permitiu-me implementar com segurança todas as intervenções associadas às diferentes *bundles* da DGS preconizadas no âmbito dos cuidados intensivos, promovendo medidas de monitorização, registo e avaliação das intervenções de prevenção e controlo.

A ligação do Grupo de Coordenação Local da PPCIRA com o serviço é efetuada por um EEEMC que assume o papel de Elo de Ligação, sendo que acompanhei o seu trabalho num turno de forma a identificar as suas estratégias para implementar as diretrizes recomendadas, orientando e supervisionando o cumprimento de normas e recomendações, promovendo as adequações e sugestões necessárias. Dado que a atuação da PPCIRA se inclui no âmbito da qualidade em saúde os seus indicadores igualmente podem ser abordados pela tríade de Donabedian (Moore et al., 2015). Da atuação da EEEMC que exerce funções de Elo de Ligação, bem como da Tutora, destaco a influência que tiveram no realce do foco da prática do Enfermeiro Especialista, direcionado para os indicadores de resultado e não para os indicadores de processo.

A gestão da pessoa em situação crítica com elevado risco de colonização ou infeção por microrganismos multirresistentes revela-se uma preocupação crescente nas práticas neste âmbito, pelo que é política do serviço onde estagiei efetuar protocolos de rastreio. Nesse sentido assumi responsabilidade de implementar esses mesmos protocolos nos cuidados à pessoa em situação crítica, que devem ser efetuados na admissão na UCIP e a cada sete dias de permanência no serviço. A evidência da realização dos mesmos é assegurada no plano de cuidados e a programação dos sequenciais é efetuada da mesma forma, para que na programação diária dos cuidados seja tida em conta.

Esta política do serviço inclui-se na necessidade de implementar um programa de vigilância epidemiológica que promova a identificação contínua dos dados, definindo prioridades de atuação, ao mesmo tempo que se avalia a eficácia das medidas instituídas (ECDC, 2014).

Ao longo da prática de cuidados realizada no estágio na UCIP a medida de prevenção de infeção associada aos cuidados que trouxe mais contributos para o meu desenvolvimento de competências neste âmbito foi o cumprimento das recomendações da norma da DGS (2017b) denominada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, dado que ao longo do meu percurso profissional os serviços onde exerci funções não se encontravam vocacionados para a realização de Ventilação Mecânica Invasiva.

A Pneumonia Associada à Intubação é a infeção que ocorre 48 horas após a intubação e/ou 72 horas após a extubação, cujos agentes etiológicos não estavam presentes no período da admissão (Melsen et al., 2013). Os mecanismos mais comuns pelos quais se desenvolve são a aspiração, a colonização do trato aerodigestivo e o uso de equipamento contaminado, pelo que na prevenção o papel que o EEEMC assume releva-se de grande importância, implementando autonomamente a maioria das intervenções recomendadas no feixe de intervenções.

Durante a prática dos cuidados à pessoa em situação crítica implementei as recomendações da DGS para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, contudo detetei potencial de melhoria dos cuidados efetuados no âmbito da norma, nomeadamente no que diz respeito a assegurar a avaliação regular da pressão do cuff do tubo endotraqueal para valores entre 20-30cmH₂O.

Esta recomendação é de Categoria IIC pelo *Centers for Diseases Control and Prevention/Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (2009), já que ensaios clínicos realizados não relacionaram impacto no tempo de permanência nos serviços de cuidados intensivos e taxas de mortalidade, contudo apresenta resultados satisfatórios na duração da ventilação mecânica, por isso é uma medida recomendada para as *bundles* de boas práticas.

Identifiquei que a não avaliação regular no serviço durante os cuidados era potenciada por não existirem manómetros de pressão em número suficiente para todas as unidades, e tal facto levava a avaliações não efetuadas nos momentos recomendados. Esta situação vem potenciar ainda mais uma já difícil adesão a este elo do feixe de intervenções descrita em alguns estudos (Alecrim et al., 2019), verificando-se alto índice de não

conformidade para a monitorização e manutenção adequada da pressão do cuff, com adesão de apenas 51,5% (Gonçalves et al., 2012).

Ao indagar de forma informal com a Tutora e a Enfermeira Gestora as razões de não existir um manómetro para cada unidade percebi que o aumento de camas de cuidados intensivos de nível III provocada pela situação pandémica não veio, em algumas situações, acompanhada do reforço de meios materiais que mantenham o nível desejado dos cuidados prestados, apesar de todos os pedidos formais que tinham sido feitos aos serviços de aprovisionamento em mais de uma ocasião. Dessa forma tive que programar antecipadamente os cuidados prestados de modo a ter esse dispositivo disponível sempre que previa a necessidade de monitorizar a pressão de cuff, salientado a importância de num futuro próximo estes estarem sempre disponíveis em cada unidade da pessoa em situação crítica, pois segundo a Enfermeira Gestora a qualquer momento aguardavam a sua chegada ao serviço.

No contexto de estágio da UCIC, com o intuito de implementar práticas impulsionadoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção, reuni com o Tutor e a Enfermeira Gestora no sentido de conhecer as políticas já instituídas no serviço, sendo que no âmbito das competências do EEEMC identificaram-se situações de não conformidade, como na manutenção dos acessos venosos periféricos que poderiam merecer intervenção no sentido de melhorar os cuidados prestados. Essas oportunidades de melhoria tinham também sido identificadas nas auditorias realizadas mensalmente pelo Grupo de Coordenação Local da PPCIRA.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 do Ministério da Saúde (2021), na linha do seu antecessor, mantém como objetivo a manutenção de práticas em ambientes seguros, incluindo a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde pelo que a concretização do plano exige das instituições e em última instância dos profissionais a adoção de estratégias diversificadas que permitam atingir os resultados esperados.

No cumprimento do Código Deontológico emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2015b) deve o Enfermeiro procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, no caso atuando para prevenir a Infeção, que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem descrita pelo *International Council of Nurses* (2018) define-se como um processo patológico de invasão do corpo por microrganismos patogénicos, que se reproduzem e multiplicam causando doença por lesão celular local, secreção de toxina ou reações antigénio anticorpo.

Perante o diagnóstico inicial de situação passível de melhoria no âmbito do contexto de estágio e dando resposta ao desenvolvimento de competências do EEEMC como profissional capaz de conceber plano de prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica propus-me a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que denominei “Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos” (Apêndice III), baseado nas intervenções autónomas de Enfermagem, que se caracterizam por ser independentes e baseadas nas suas qualificações profissionais (Ministério da Saúde, 1996).

O Projeto teve como base o guião para Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem proposto pela secção regional do sul da Ordem dos Enfermeiros (2013), sendo organizado com o intuito que pudesse continuar a ser implementado no contexto de estágio mesmo após o término deste período. A metodologia usada assentou na pesquisa bibliográfica dos estudos relativos à temática em questão nas bases de dados Pubmed e B-On, que permitissem validar as atividades a introduzir na proposta de melhoria.

Os Enfermeiros, na realidade dos cuidados de saúde em Portugal, são os profissionais de saúde que asseguram os cuidados ao cateter venoso periférico (CVP) (Nobre & Martins, 2018), pelo que devem garantir o cumprimento das recomendações mais seguras na gestão deste dispositivo. Os cuidados de enfermagem revelam-se essenciais para a prevenção de complicações no âmbito do CVP pela responsabilidade total do Enfermeiro na gestão deste dispositivo médico (Oliveira et al., 2019), pelo que os principais objetivos que devem ser definidos pelos Enfermeiros de acordo com a Infusion Nurses Society (2016) passam pela prevenção das complicações do CVP: flebite, obstrução, infiltração, lesão mecânica e remoção acidental.

Após a realização do enquadramento bibliográfico/teórico que permitiu perceber o problema em questão importou perceber o contexto em que se implementou esta Proposta de Melhoria Contínua. Dessa forma e previamente a delinear os objetivos realizei a análise *SWOT* do projeto, permitindo fazer um levantamento das oportunidades, fraquezas, forças e ameaças referentes ao ambiente (Détrie, 2000).

Esta Proposta de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem teve como objetivo contribuir para a otimização dos cuidados prestados à pessoa com CVP no domínio da manutenção, sendo os objetivos gerais descritos como: uniformizar os cuidados

de enfermagem na manutenção do CVP; prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com o CVP.

Com o intuito de perceber as causas do problema, para além da revisão bibliográfica efetuada que forneceu orientações sobre a manutenção do CVP, procurei usar estratégias que permitissem enquadrar localmente o problema, verificando os registos dos dados disponíveis na instituição, comparando o histórico dos dados ao longo dos anos, tentando identificar possíveis situações causa/efeito.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), deve procurar auscultar-se as preocupações de todos os membros da equipa, facilitando a identificação das causas que potenciem o problema em questão. Estas preocupações devem ser transversais à equipa pelo que importa que a mesma se sinta parte das soluções a serem adotadas. Com esses pressupostos e com a ideia de potenciar um *brainstorming* entre os elementos da equipa sobre o tema foi construído no Google Forms® um questionário sobre as Práticas de Enfermagem nos Acessos Vasculares, que permitisse enquadrar os procedimentos já efetuados e dando oportunidade a sugestões de melhoria. Foi usada esta metodologia de forma a permitir o anonimato das respostas que evitasse constrangimentos. O preenchimento do formulário foi solicitado à equipa pela Enfermeira Gestora através do envio para o email institucional de cada um dos Enfermeiros, após auscultação e autorização dos mesmos para o devido efeito.

A Ordem dos Enfermeiros (2013) salienta a importância de consultar os registos de Enfermagem de forma a verificar no contexto atual o ponto de situação relativo à temática. Esse diagnóstico inicial permitirá ter dados que permitam comparar os resultados com os posteriores à introdução das estratégias de melhoria. Os registos relativos à vigilância do local de inserção do CVP produzem dados relativos à incidência de flebite num serviço, representando um importante indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Nobre & Martins, 2018).

Dessa forma foi solicitado pela Enfermeira Gestora, que também esteve envolvida neste projeto, aos Serviços de Informática e Controlo de Gestão da Instituição os dados relativos à vigilância da intervenção “Vigiar local de inserção do cateter” no ano de 2021, com uma codificação atribuída.

Com o intuito de conhecer as práticas realizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito à manutenção do CVP e à documentação dos cuidados efetuados foram construídas folhas de verificação, com folhas de cálculo associadas que permitam fácil tratamento dos

dados, sendo aplicados previamente à introdução das estratégias de melhoria e posteriormente na fase de verificação de resultados. Os resultados são obtidos com base em três critérios: Sim, Não e Não Aplicável. Estas grelhas de verificação foram aplicadas em parceria com a Enfermeira responsável pela ligação com o Grupo de Coordenação Local da PPCIRA.

A formação contínua sobre recomendações no âmbito da manutenção dos cuidados prestados a pessoas com CVP demonstra um impacto considerável na redução do desenvolvimento de complicações (Center of Healthcare, 2019.) Tal recomendação pode apoiar-se também no trabalho de Oliveira e Parreira (2010) que salienta que o conhecimento científico dos Enfermeiros, relativamente a normas de manutenção e possíveis complicações associadas ao CVP, parece ser em alguns casos insuficiente ou nem sempre aplicado na prática diária dos cuidados de enfermagem. Os dados obtidos no questionário diagnóstico vieram apoiar a necessidade de criar formação sobre a temática, com mais de 50% dos Enfermeiros a identificar necessidade de formação sobre o tema.

Com o intuito de uniformizar os cuidados prestados construiu-se um feixe de intervenções no âmbito da manutenção do CVP que foi partilhado com a equipa através de formação em contexto e-learning assíncrono. Procedi à gravação da formação em formato vídeo, sendo a mesma previamente visualizada pelo Tutor e Enfermeira Gestora que validaram o conteúdo, bem como a forma de apresentação, tendo considerado uma mais valia para o serviço, bem como um contributo interessante e dinâmico, no intuito de facilitar a adesão ao feixe de intervenções. A opção pela formação em contexto e-learning assentou na existência da plataforma Moodle® disponibilizada pelo Hospital, permitindo à equipa assistir à formação mediante a sua disponibilidade. Esta plataforma permite alocar no mesmo local os objetivos da formação, o seu conteúdo, bem como aplicar um questionário de avaliação dos conteúdos fornecidos de forma anónima.

Com base nos objetivos traçados e nas atividades desenvolvidas construiu-se o cronograma que apoiará o desenvolvimento do Programa de Melhoria Contínua, que tem como espaço temporal de atuação um período de seis meses.

O feixe de intervenções sugerido nesta proposta de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem foi verificado, nomeadamente quanto à adesão dos Enfermeiros na manutenção do CVP efetuada na prática diária. Os resultados obtidos na verificação final foram comparados com os prévios à implementação do Feixe de Intervenções, tendo por base a procura de uma conformidade total na aplicação das grelhas de verificação superior a

90%. No final de 2022 importará recolher novamente os dados relativos à documentação da intervenção de enfermagem “Vigiar o local de inserção do cateter” associada à atitude terapêutica “Cuidados à pessoa com cateter venoso periférico”, comparando com os dados obtidos previamente ao programa de melhoria contínua. Esses dados documentarão a taxa de flebite associada aos cuidados com o CVP no serviço, ressaltando que a existência de um valor superior de incidência pode dever-se a aumento da documentação que anteriormente poderia ser descurada.

Para a continuidade deste projeto, o Tutor assumiu que ficaria responsável por monitorizar estes dados, em parecia com a Enfermeira Gestora que sempre se mostrou muito solícita e interessada na continuidade do mesmo.

A análise multifatorial dos dados recolhidos deve guiar a concretização de novos objetivos no âmbito do programa de melhoria, identificando as oportunidades que emergem desses, não descurando a manutenção da formação contínua neste âmbito, uma vez que o desenvolvimento de competências dos Enfermeiros conduzirá decerto a cuidados mais seguros.

A divulgação junto da equipa de Enfermagem dos resultados obtidos deve ser uma preocupação, reforçando o vínculo dos profissionais com as estratégias de melhoria da qualidade no serviço, enfatizando os progressos conseguidos e as oportunidades de melhoria passíveis de atingir em conjunto. Esse facto alinha-se com o defendido por O'Grady et al. (2011), em que os responsáveis das instituições de saúde devem divulgar os resultados das investigações e dos cuidados realizados.

As oportunidades para realização de atividades ao longo dos estágios nos dois contextos revelaram-se determinantes no desenvolvimento de competências específicas neste domínio, promovendo a capacidade de gerir os processos de melhoria em curso, comprovando que a qualidade em saúde é multidisciplinar, mas que o contributo do EEEMC é vital para a sua concretização. Assim, as competências adquiridas foram:

- Supervisão dos processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade;
- Favorecimento da normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes, suportadas em evidência científica;
- Utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.

4. CONCLUSÃO

A realização deste Relatório marca o encerramento dos contextos de Estágio da Unidade Curricular, sendo com grande satisfação que termino este período, não apenas pela concretização dos objetivos propostos com o consequente desenvolvimento de competências, como também pela satisfação de poder contribuir com propostas de melhoria dos cuidados prestados nos serviços que me receberam. Estas propostas integraram-se no processo transversal de desenvolvimento de competências que foi ocorrendo neste período, potencializado pelas experiências diferenciadoras proporcionadas pelos serviços.

Ambos os trabalhos que desenvolvi nos contextos de estágio, apesar de terem ficado pendentes de aprovação para implementação pelas direções das instituições, foram extremamente bem acolhidos pelas Enfermeiras Gestoras pelo seu potencial de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com implicações diretas na satisfação das pessoas e das suas famílias, bem como nas dinâmicas das equipas de Enfermagem.

Considero que os estágios integrados na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” foram bastante importantes, já que permitiram uma abordagem aos cuidados à pessoa em situação crítica em serviços com alto nível de diferenciação, com um tempo de contacto preconizado adequado, permitindo a integração adequada ao contexto e o assumir gradual de responsabilidade dos cuidados, facilitando-me neste processo as competências previamente adquiridas no contexto de estágio do primeiro ano do plano curricular do Mestrado ao qual fiz referência no capítulo inicial deste documento.

Nestes estágios tive a possibilidade de prestar cuidados a um enorme número de pessoas em situação crítica, dos mais variados foros (médico, cirúrgico, neurocrítico, cardíaco), que me proporcionaram experiências potenciadoras de aprendizagens tendo em vista a aquisição de competências, permitindo-me identificar a relevância do papel do Enfermeiro Especialista no contexto de Cuidados Intensivos, não só na prestação de cuidados direta, mas também como potenciador de ambientes da prática seguros, sendo o dinamizador e ponto de referência na organização dos cuidados. O EEEMC que exerce funções no Serviço de Cuidados Intensivos não fica encerrado no espaço físico do seu serviço e na prestação de cuidados à pessoa, tendo de perceber o impacto que a situação

crítica da pessoa internada cria no seu núcleo familiar, preparando eficazmente a família para o choque de lidar com a situação, fornecendo o apoio necessário e começando precocemente a preparação da alta.

No contexto do desenvolvimento das aprendizagens e aquisição de competências considero muito relevante a relação supervisiva que os Tutores, EEEMC com outro nível de experiência, conhecimento e competências foram capazes de estabelecer comigo de forma a dirigir o meu desenvolvimento profissional nos contextos de estágio, ajudando-me a refletir e orientando o meu processo de construção do perfil de EEEMC. Os contextos de estágio permitiram-me aplicar na prática conhecimentos adquiridos durante a vertente teórica do plano curricular, colocando-me perante situações novas que vieram constituir um acréscimo aos conhecimentos adquiridos e dotando-me de aprendizagens relevantes aos diferentes domínios de competências. Apraz-me igualmente salientar a importância de todos os momentos de orientação tutorial disponibilizados pela Professora Doutora Patrícia Coelho, que permitiram dar um rumo aos projetos planeados para o estágio.

Foi sem dúvida uma oportunidade fantástica de aprendizagem tendo em vista a aquisição de competências, seguindo a minha linha de atuação própria, baseada em que o Enfermeiro deve apostar no rigor científico, mas sem nunca desvirtuar o seu papel. Todo este percurso desenvolvido ao longo do Mestrado aportou-me conhecimento e competência ao *know how* desenvolvido ao longo do meu percurso profissional, consolidando os meus recursos ao mesmo tempo que adquiri competências diferenciadoras para o meu futuro profissional, tendo em vista o assumir pleno do papel do EEEMC na instituição de saúde onde exerço funções.

Ao longo do trajeto de formação deste Mestrado, especialmente nesta última Unidade Curricular, as maiores dificuldades sentidas foram pela incerteza rubricada pela situação pandémica que marca estes dois últimos anos, com o conseqüente desgaste anímico de quem exerce em serviços dedicados à prestação de cuidados a pessoas com Covid 19. Igualmente desafiante foi a dinâmica letiva e de orientação tutorial em regime e-learning provocada igualmente pela situação já referida, que me criou dificuldades iniciais pela novidade em relação àquilo que foi o meu percurso formativo prévio, contudo foram ultrapassadas pelas estratégias potenciadoras da aprendizagem desenvolvidas pelos Professores, especialmente pela Professora Doutora Patrícia Coelho nesta Unidade Curricular. Esta situação conjuntural marcou também os contextos de estágio onde presenciei equipas demasiado marcadas pelo excesso de trabalho e incerteza vivenciados neste período, mas que ao mesmo tempo não se

inibiam do maior esforço para continuar a prestar os melhores cuidados às pessoas internadas, bem como na contribuição que aportavam aos colegas em processo formativo, como foi o meu caso.

No que ao plano curricular do Mestrado diz respeito este proporcionou-me o conteúdo formativo que esperava para o desenvolvimento das competências neste âmbito, contudo, uma vez que a subárea de Especialidade aborda a pessoa em situação crítica, para os estudantes que não exercem funções em serviços de cuidados intensivos ou serviço de urgência, como é o meu caso, talvez pudesse ser um contributo para o processo de aprendizagem, a inclusão embora de forma opcional, de oportunidade para certificar o Suporte Avançado de Vida.

Considero que os objetivos delineados por mim para este desafio formativo foram plenamente atingidos, com empenho e dedicação para aproveitar ao máximo todas as oportunidades que se proporcionaram, consolidando o meu desempenho enquanto Enfermeiro de cuidados gerais ao mesmo tempo que fui estabelecendo bases sólidas de integração das competências do Enfermeiro Especialista, que me permitam no final deste período assumir em pleno esse papel. Esse será o maior estímulo para os tempos mais próximos, aportar às pessoas a quem presto cuidados e à minha instituição todo o perfil de competências que desenvolvi e consolidei, permitindo-me fazer a diferença nos cuidados que presto, bem como na organização da instituição. A médio prazo pretendo igualmente continuar a apostar na diferenciação de competências, permitindo adquirir conhecimentos no âmbito da supervisão de cuidados e na gestão das unidades de saúde, áreas já de interesse pessoal e que com este *input* do curso de Mestrado senti ainda mais desejo de aprofundar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). *Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review*. *Nursing in critical care*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2015) - *Manual de estándares: Centros Hospitalarios*. Recuperado em www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/manual-de-estandares-de-hospitales.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). *Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report*. Recuperado de <https://www.reginfo.gov/public/do/DownloadDocument?objectID=41468201>

Alarcão, T. (2015). *Supervisão da Prática Pedagógica-Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem - 2a Edição*: Leya.

Alecrim, R., Taminato, M., Belasco, A., Barbosa, D., Kusahara, D. & Fram, D. (2019). *Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica*. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):11-7. Recuperado em <https://acta-ape.org/article/boas-praticas-na-prevencao-de-pneumonia-associada-a-ventilacao-mecanica/>

Almeida, C., Pollo, C. & Meneguim, S. (2019). *Nursing Interventions for Patients with Intracranial Hypertension: Integrative Literature Review*. *Aquichan* 2019; 19(4): e194. Recuperado em <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v19n4/1657-5997-aqui-19-04-e1949.pdf>

Araújo, M., Acioli, S., Neto, M., Silva, H., Bohusch, G., Rocha, F. & Silva, T. (2020) *Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado*. *Cogitare enferm.* <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.

Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Caciano, K., Saavedra, J., Monteiro, E., Vólpati, N., Amaral, T., Sacramento, D. ... Prado, P. (2019). *Intervenções de Enfermagem para pacientes neurocríticos*. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e243847 . DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243847

Cairns, P., Buck, H., Kip, K., Rodriguez, C., Liang, Z. & Munro, C. (2019). *Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses*. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 28(6), 471–476. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019668>

Carney, N., Totten, A., O'Reilly, C., Ullman, J., Hawryluk, G. ... Ghajar, J. (2017). *Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition*. *Neurosurgery*, 80(1), 6–15. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001432>

Cecil, S., Chen, P., Callaway, S., Rowland, S, Adler, D. & Chen, J. (2011). *Traumatic Brain Injury: Advanced Multimodal Neuromonitoring From Theory to Clinical Practice*. Crit Care Nurse 1 April 2011; 31 (2): 25–37. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2010226>

Center of Healthcare (2019). *Recommendations for the prevention of infection in intra-vascular device - Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*. Recuperado em www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/932830/intra-vascular-devices.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Updating the Guideline Methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. Recuperado em www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/2009-1029HICPACguidelineMethodsFINAL.pdf

Chang, S., Sevransky, J. & Martin, G. (2012). *Protocols in the management of critical illness*. Critical care (London, England), 16(2), 306. <https://doi.org/10.1186/cc10578>

Colaço, A. & Nascimento, E. (2014). *Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva*. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):844-50 <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000010>

Cruz, S. (2009). *A Supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no contexto da Enfermagem Avançada*. Servir. Lisboa. Vol. 56, nº 5-6

Davidson, J., Jones, C. & Bienvenu, O. (2012). *Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family*. Critical care medicine, 40(2), 618–624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>

Decreto de Lei nº244/94 (1994). *Regula o Registo Nacional de Não Dadores*. Diário da República n.º 223/1994, Série I-A de 1994.09.26

Détrie, J.P. (2000) *Strategor - Política da Empresa*. Lisboa: Dom Quixote

Dias D., Silva, S. & Campos, T. (2020). *Liderança do enfermeiro no serviço de emergência: uma revisão integrativa*. CONBRACIS: Realize Editora. Recuperado em <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/72222>

Direção Geral da Saúde (2001). *A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Recuperado em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Recuperado em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde (2017b). *Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Recuperado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Dos Santos, M. & Feito, L. (2018). *Family perspectives on organ and tissue donation for transplantation: A principlist analysis*. *Nursing ethics*, 25(8), 1041–1050. <https://doi.org/10.1177/0969733016687156>

European European Centre for Disease Prevention and Control (2012). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Recuperado em <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associatedinfections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

European European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Annual epidemiological report Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*. Recuperado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-resistance-annual-epidemiological-report.pdf>

Fowler, J. & Cutcliffe, J. (2011) *Clinical Supervision. Origins, Overviews and Rudiments*. In: Cutcliffe, J., Hyrkäs, K. and Fowler, J., Eds., *Routledge Handbook of Clinical Supervision: Fundamental International Themes*, Milton Park, Abingdon, Oxon, 8-19

Freitas, P. & Gomes, S. (2015). Transporte do Doente Crítico. In P. Ponce & J. Mendes (Coordenação), *Manual de Medicina Intensiva (1ª edição, pp.529-535)*. Lisboa: Lidel

Gonçalves, F., Brasil, V., Minamisava, R., Caixeta, C., Oliveira, L. & Cordeiro, J. (2012). *Efficacy of health education strategies for preventive interventions of ventilator-associated pneumonia*. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):802–8. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400023>

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando*. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/78482426/triagem-manchester-manual-formando-2-ed-1>

Han, J., Yang, S., Zhang, C., Zhao, M. & Li, A. (2016). *Impact of Intracranial Pressure Monitoring on Prognosis of Patients With Severe Traumatic Brain Injury: A PRISMA*

Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine. 2016 Feb;95(7):e2827. DOI: 10.1097/MD.0000000000002827

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Infusion Nurses Society (2016). *Infusion nursing standards of practice*. J Infus Nurs. Recuperado em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Recuperado em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

Internacional Council Of Nurses (2018). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Recuperado em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Jackson, A. & Carberry, M. (2015). *The advance nurse practitioner in critical care: a workload evaluation*. Nursing in critical care, 20(2), 71–77. <https://doi.org/10.1111/nicc.12133>

Jennings, N., Clifford, S., Fox, A., O'Connell, J., & Gardner, G. (2015). *The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review*. International journal of nursing studies, 52(1), 421–435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>

Kavanagh, B. & Nurok, M. (2016). *Standardized Intensive Care. Protocol Misalignment and Impact Misattribution*. American journal of respiratory and critical care medicine, 193 1, 17-22 . <https://doi.org/10.1164/rccm.201502-0314CP>

Kydonaki, K., Kean, S. & Tocher, J. (2020). *Family Involvement in intensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (Input study)*. Journal of Clinical Nursing, 29(7–8), 1115–1128. <https://doi.org/10.1111/jocn.15175>

Lam, S., So, H., Fok, S., Li, S., Ng, ... Yan, W. (2015). *Intensive care unit family satisfaction survey*. Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi, 21(5), 435–443. <https://doi.org/10.12809/hkmj144385>

Lee, S. (2013). *Features of computerized clinical decision support systems supportive of nursing practice: a literature review*. Computers, informatics, nursing : CIN, 31(10), 477–497. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000432127.99644.25>

Lei n.º 22/2007 (2007). *Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana*. Diário da República n.º 124, Série I, de 2007.06.29

Lima, M., Ribeiro, K., Gonçalves, F., Borges M. & Guimarães, N. (2019). *Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos*. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):255-262. Recuperado em https://www.researchgate.net/publication/330141933_Service_of_nursing_in_intracranial_pressure_monitoring_in_patients_neurocriticos_Assistencia_de_enfermagem_na_monitorizacao_da_pressao_intracraniana_em_pacientes_neurocriticos

Lino, A., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L. & Caprara, A. (2011). *Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de ma noticias*. Revista Brasileira de Educação Médica. 35. 52-57. 10.1590/S0100-55022011000100008.

McClave, S., Taylor, B., Martindale, R., Warren, M., Johnson, D., Braunschweig, C. ... & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)*. JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Melsen, W., Rovers M., Groenwold, R., Bergmans, D., Camus, C., Bauer, T. ... Bonten, M. (2013). *Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of*

individual patient data from randomised prevention studies. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(8):665–71. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70081-1)

Ministério da Saúde (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Ministério da Saúde (2014). *Despacho 10319/2014*. Recuperado de: <https://dre.tretas.org/dre/318721/despacho-10319-2014-de-11-de-agosto>

Ministério da Saúde (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf

Ministério da Saúde (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Recuperado de <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Miranda, D., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G. & Therapeutic Intervention Scoring System Working Group. (2003). *Nursing activities score*. *Critical care medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>

Mitchell, M., Kean, S., Rattray, J., Hull, A., Davis, C., Murfield, J. & Aitken, L. (2017). *A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial*. *Intensive & critical care nursing*, 40, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.001>

Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G. & Lapointe, J. (2015). *Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system*. *The journal of trauma and acute care surgery*, 78(6), 1168–1175. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000663>

Nobre, A. & Martins, M. (2018). *Prevalência de flebite da venopunção periférica: Fatores associados*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 127-138. doi:10.12707/RIV17058

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S. ... Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Oliveira, A. & Parreira, P. (2010). *Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos*. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. serIII. 137-147. DOI: 10.12707/RIII1027

Oliveira, A., Costa, P., Graveto, J., Costa, F.; Osório, N., Cosme, A. ... Parreira, P. (2019). *Práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa: um estudo descritivo*. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 21 - ABR./MAI./JUN. 2019* <https://doi.org/10.12707/RIV19006>

Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional Sul (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico*. Recuperado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Parecer n° 15/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018c). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Recuperado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento n° 743 de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Pina, E., Paiva, J., Nogueira, P. & Silva, M. (2012). *Prevalência da infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde

Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel Enfermagem

Prideaux, A. (2011). *Issues in nursing documentation and record-keeping practice*. British journal of nursing, 20(22), 1450–1454. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1450>

Resuscitation Council UK (2021). *Adult advanced life support Guidelines*. Recuperado em <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/adult-advanced-life-support-guidelines>

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V. ... Meyer, J. (2021). *Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey*. Annals of the American Thoracic Society, 0, 1–35. <https://doi.org/10.1513/annalsats.202012-1500oc>

Sá, A., Dias, J. & Norelho, O. (2019). *Sistemas de Informação em Enfermagem: diversidade e interoperacionalidade*. Revista Nursing. Disponível em <https://www.nursing.pt/sistemas-de-informacao-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades/>

Santos, G., Barros, F., & Silva, R. (2020). *Handover communication in intensive therapy: nursing team meanings and practices*. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20180436. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>

Sevransky, J., Checkley, W., Herrera, P., Pickering, B., Barr, J. ... United States Critical Illness and Injury Trials Group-Critical Illness Outcomes Study Investigators (2015). *Protocols and hospital mortality in critically ill patients: the United States Critical Illness and Injury Trials Group Critical Illness Outcomes Study*. 43(10), 2076–2084. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001157>

Silva, R., Cordeiro, A., Fernandes, J., Silva, L. & Teixeira, G. (2014). *Contribuição do curso de especialização, modalidade residência para o saber profissional*. Acta Paulista de Enfermagem, 27(4), 362-366. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400060>

Smith, D. & Bowden, T. (2017). *Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient*. Nursing Standard. 32(14):51-63. DOI:10.7748/ns.2017.e11030

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte do Doente Critico – Recomendações*. Recuperado em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Sousa L., Vieira C., Severino S. & Antunes V. (2017). *Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*. Revista Investigação Enfermagem, 2, 17-26. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

The Joint Commission. (2021). *Sentinel Events*. Recuperado em https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/camh_24_se_all_current.pdf

Thim, T., Krarup, N., Grove E., Rohde, C. & Løfgren, B. (2012). *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach*. International Journal of General Medicine. 5:117-121. DOI: 10.2147/ijgm.s28478

Van Mol, M., Boeter, T., Verharen, L., Kompanje, E, Bakker, J. & Nijkamp, M. (2017). *Patient-and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals*. Journal of Clinical Nursing, 26(19–20), 3212–3223. <https://doi.org/10.1111/jocn.13669>

Vargas, A., Ramos, F. (2010). *Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós*. Rev. bras. enferm; 63(6): 956-963, nov.-dez. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600014>

Ugraş, G. & Yuksel, S. (2014). *Factors Affecting Intracranial Pressure and Nursing Interventions*. *Jacobs Journal of Nursing and Care*. 1. 6. Recuperado em https://www.researchgate.net/publication/272417137_Factors_Affecting_Intracranial_Pressure_and_Nursing_Interventions

Woo, B., Lee, J. & Tam, W. (2017). *The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review*. Human resources for health, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

APÊNDICES

Apêndice I - Artigo de Revisão da Literatura – “O Uso de Ferramentas Comunicacionais e a Transição de Cuidados no Serviço de Urgência”

O uso de Ferramentas Comunicacionais e a Transição de Cuidados no Serviço de Urgência

Revisão Integrativa da Literatura

Palavras-Chave

Transição de cuidados; Serviço de Urgência, Ferramentas Comunicacionais; Enfermagem; Revisão Integrativa

Resumo

Introdução:

A Transição de Cuidados é no atual contexto dos cuidados de saúde um momento passível de se tornar gerador de eventos adversos para os utentes, pelo que as Instituições de Saúde, apoiadas nas diretrizes emanadas pelas várias agências acreditadoras da qualidade em saúde, têm procurado implementar ferramentas comunicacionais que orientem esse momento. A especificidade e complexidade dos Serviços de Urgência, o grande número de profissionais envolvidos nos cuidados, bem como a grande afluência de utentes potenciam um elevado risco de transição de cuidados inadequada.

Foram ao longo da última década construídas ferramentas comunicacionais para responder à realidade própria do serviço de urgência, atendendo à complexidade da transição de cuidados, pelo que importa perceber que indicadores foram melhorados com a sua aplicação.

Objetivo:

Identificar o impacto das ferramentas comunicacionais na qualidade da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

Materiais e Métodos:

Revisão integrativa da literatura, com pesquisa avançada na MEDLINE e CINAHL Complete, tendo como critérios de inclusão os desenhos de investigação quantitativos, qualitativos e mistos publicados em inglês, espanhol e português, analisados por especialistas, não sendo delimitado um intervalo temporal para pesquisa. Resumos de conferências, posters, comentários e cartas ao editor foram excluídos pela sua brevidade. Os artigos duplicados foram removidos e excluídos os que não se incluíam no âmbito do objetivo da revisão. A seleção dos artigos foi desenvolvida com recurso ao método Prisma.

Resultados:

Os 6 artigos selecionados evidenciaram melhorias na qualidade da transição de cuidados com reflexo em diversos indicadores de segurança, sendo que os resultados obtidos foram potenciados pela formação das equipas no uso das ferramentas comunicacionais a utilizar.

Conclusões:

No contexto do Serviço de Urgência a implementação de ferramentas comunicacionais, acompanhadas de programas formativos, aumentam a qualidade da transição de cuidados e o cumprimento dos indicadores relacionados com a segurança do utente, apoiando a introdução generalizada destas ferramentas nos Serviços.

Keywords: transitional care; emergency services; communication tools; nursing; integrative review.

Abstract

Introduction:

The transitional care, in the context of healthcare service/medical care, is a susceptible moment of becoming the triggering of adverse events for the health care users, therefore, the healthcare institutions, supported by the healthcare regulators established guidelines, have been seeking to implement communication tools that guide that specific moment. The complexity and uniqueness of the emergency services, the great amount

number of professionals involved in the care process, as well as the large gathering number of healthcare users, boost a high risk of inappropriate transitional care.

Over the last decade communication tools were built to respond to the reality of the emergency service itself, addressing the transitional care complexity, which is important to understand which indicators were improved with its implementation.

Aim:

Identify the impact of the communication tools in the quality of the nursing transitional care in the emergency services.

Materials and Methods:

Integrative literature review, with advanced research in MEDLINE and CINAHL Complete, having as inclusion criteria the quantitative, qualitative and combined drawings of investigation published in English, Spanish and Portuguese, reviewed by experts, without a time limit interval for research. Lectures, posters, comments and letters to the editor reviews were excluded due to its briefness. The replicated articles were removed and the ones which not included in the object review scope were excluded. The selection of articles was developed using the Prism method.

Results:

The six selected articles highlighted improvements in the transitional care quality with an impact in various security indicators, which the achieved outcomes were enhanced by team building in the usage of communication tools to be used.

Conclusions:

In the emergency service context the execution of communication tools, combined with training programmes, increase the quality of transitional care and the pointers fulfilments related with the healthcare user's security, supporting the widespread introduction of this tools in the Services.

Introdução

A segurança das pessoas nos atuais padrões de qualidade é uma preocupação transversal a todas as entidades prestadoras de cuidados, sendo um standard avaliado por todas as agências de acreditação das unidades de saúde. A segurança é uma preocupação que deverá ser organizacional, não podendo ser apenas de uma pessoa, serviço ou departamento. A *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (2015) afirma que as instituições devem implementar uma política de gestão do risco, declarar e analisar os incidentes e implementar medidas que diminuam a sua recorrência.

O novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 do Ministério da Saúde (2021) reafirma o objetivo de aperfeiçoar a prestação segura dos cuidados em todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde, definindo nesse documento estratégias a seguir pelas instituições, onde se inclui a segurança da comunicação, revelando-se esta como um pilar fundamental, nomeadamente na transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde.

No sentido de dar resposta a essa preocupação a Direção Geral da Saúde (2017), tinha publicado uma norma que orienta o que deverá ser comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. As transições de cuidados são momentos frequentes nas instituições de saúde, que por essa mesma frequência pode ter tendência a ser desvalorizada pelos profissionais de saúde, contudo são ocasiões de grande exigência pois a transferência de cuidado consiste na transmissão da responsabilidade de algum, ou todos os aspetos do cuidado do utente para outro profissional.

A Direção Geral de Saúde (2017) defende que as transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, devendo ser implementados procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informação entre os profissionais de saúde. Essa revela-se essencial pela evidência descrita pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (2009) que relata que quase metade dos funcionários de um hospital acreditam que a informação da pessoa internada é perdida durante transferências pelas unidades do hospital ou durante passagens de turno. Falhas de comunicação são também a causa principal de eventos sentinela reportados pela *The Joint Commission* (2021).

Revela-se dessa forma preponderante o uso de estratégias/ferramentas comunicacionais quando o profissional de saúde precisa transmitir informações complexas

num curto espaço de tempo. Gluyas (2015) defende o uso de estratégias que garantam a eficiência da mensagem transmitida e promovam a uniformização da mesma, garantindo que os profissionais compartilhem o mesmo entendimento sobre o que está a acontecer. Riesenber, Leitzsch e Little (2019) afirmam que várias mnemônicas têm sido descritas com objetivo de sistematizar a transição de cuidados, entre as mais referidas para utilização encontra-se a metodologia ISBAR [Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)], igualmente recomendada pela Direção Geral de Saúde (2017) pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações dos cuidados.

No contexto de SU, as transições de cuidados são descritas por Thomson, Tourangeau, Jeffs e Puts (2017) como complexas e com um risco aumentado de erro devido à natureza emergente do atendimento prestado e do ambiente do serviço. Os cuidados prestados exigem uma tomada de decisão rápida, estando envolvidos vários profissionais de saúde. Para além disso há uma célere rotatividade de utentes e imprevisibilidade com a carga de cuidados necessários. Isso pode contribuir para diminuir as oportunidades de os enfermeiros documentarem os cuidados que prestam. Esses fatores ambientais e dos cuidados resultam num risco elevado da transição de cuidados resultar numa transferência inadequada. Muitos modelos, ferramentas e estratégias foram desenvolvidos para otimizar o processo de transferência no âmbito do SU, mas importa perceber de que forma otimizam a comunicação.

O objetivo desta Revisão Integrativa é identificar o impacto das ferramentas comunicacionais na qualidade da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

Materiais e Métodos

No âmbito desta Revisão Integrativa da Literatura, a questão norteadora da mesma é “A utilização de ferramentas de comunicação tem impacto na qualidade da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência?”

A construção desta questão assentou na aplicação da metodologia PICO:

- População

Esta revisão vai considerar estudos que incluam enfermeiros a desenvolver funções num Serviço de Urgência ou Emergência, igualmente poderão ser incluídos os enfermeiros dos denominados centros de trauma que recebem utentes do pré-hospitalar, tendo em conta as diferentes organizações dos sistemas de saúde noutros países. Estudos centrados em outros profissionais serão excluídos.

- Intervenção

A intervenção em análise nesta revisão é a utilização de ferramentas comunicacionais de transmissão de informação. Estas podem estar sob a forma de orientação escrita dos parâmetros a transmitir, lista de verificação, *checklists*.

- Comparador

A intervenção do estudo será comparada com a sua não utilização, ou, em alternativa, serão comparadas várias ferramentas comunicacionais entre elas.

- Outcomes

O *outcome* primário desta revisão é o impacto da transição de cuidados, definido como a eficácia da transmissão de informação, o número de eventos adversos ou omissões ocorridas.

Estratégia de pesquisa

Efetuada uma pesquisa inicial na MEDLINE (PubMed, recuperado em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) e CINAHL Complete (EBSCO, recuperado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/%C3%A1rea-do-enfermeiro/bases-de-dados-cient%C3%ADficos-acesso-reservado7>) para identificar artigos relacionados com a temática em estudo. As palavras usadas nos títulos e resumos dos artigos e os termos indexados foram usados para desenvolver uma pesquisa integral nestas mesmas bases de dados. As estratégias de pesquisa, incluindo termos indexados, foram adaptadas a cada fonte de informação.

Na sequência procuramos validar as palavras-chave que alicerçaram esta revisão, tendo-se recorrido à *National Library of Medicine* (recuperado em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>), dessa forma confirmou-se a sua aplicabilidade na linguagem científica, dirigindo a pesquisa nas bases de dados definidas. Assim, os termos Medical Subject Headings (MeSH) que foram aplicados são: "Nursing"; "Emergency

Service, Hospital"; "Emergency Nursing"; "Standard of Care"; "Communication"; "Health Communication"; "Hospital Communication Systems"; "Checklist"; "Health Information Exchange"; "Patient Transfer"; "Patient Handoff"; "Patient Safety"; "Quality of Health Care"; "Quality Improvement"; "Medical Errors"; "Patient Outcome Assessment" e "Outcome Assessment, Health Care". A mesma estratégia foi utilizada para a CINAHL que usa os termos definidos como CINAHL Headings

Foram igualmente incluídos na pesquisa termos associados aos acima referidos, estando os desenhos de pesquisa descritos nos apêndices I e II. A pesquisa dos estudos que visam enquadrar o estado da arte desta temática foi efetuada na base de dados Medline e na CINAHL Complete na primeira quinzena do mês de Junho de 2021.

A operacionalização da pesquisa foi consumada com o operador booleano “OR” em cada um dos termos componentes da questão PICO e “AND” na relação entre eles.

Seleção de artigos

Esta revisão inclui todos os desenhos de investigação quantitativos, qualitativos e mistos. Resumos de conferências, posters, comentários e cartas ao editor serão excluídas pela sua brevidade. Foram aplicados como critérios de inclusão artigos em idioma (inglês, espanhol e português) que permitiram aceder a artigos numa língua que o autor principal domine, permitindo a clara análise dos estudos. A inclusão de artigos apenas com análise por especialistas teve como objetivo prévio validar os artigos quanto à credibilidade e fidelidade das conclusões. Não foi delimitado um intervalo temporal na pesquisa.

Após a realização da pesquisa, todos os artigos foram alocados numa biblioteca *Endnote v20.1* (Clarivate Analytics, PA, USA) e os duplicados removidos. Foram excluídos os artigos que não se enquadraram no âmbito da pesquisa após leitura do título/resumo, sendo os restantes estudos que coincidiram com os critérios de inclusão obtidos para leitura integral.

Resultados

Foram encontrados um total de 280 resultados, obtendo-se no final um total de 6 artigos selecionados para análise integral. A seleção metodológica dos artigos para incluir no estudo é transcrita através do diagrama de PRISMA, representado na figura 1.

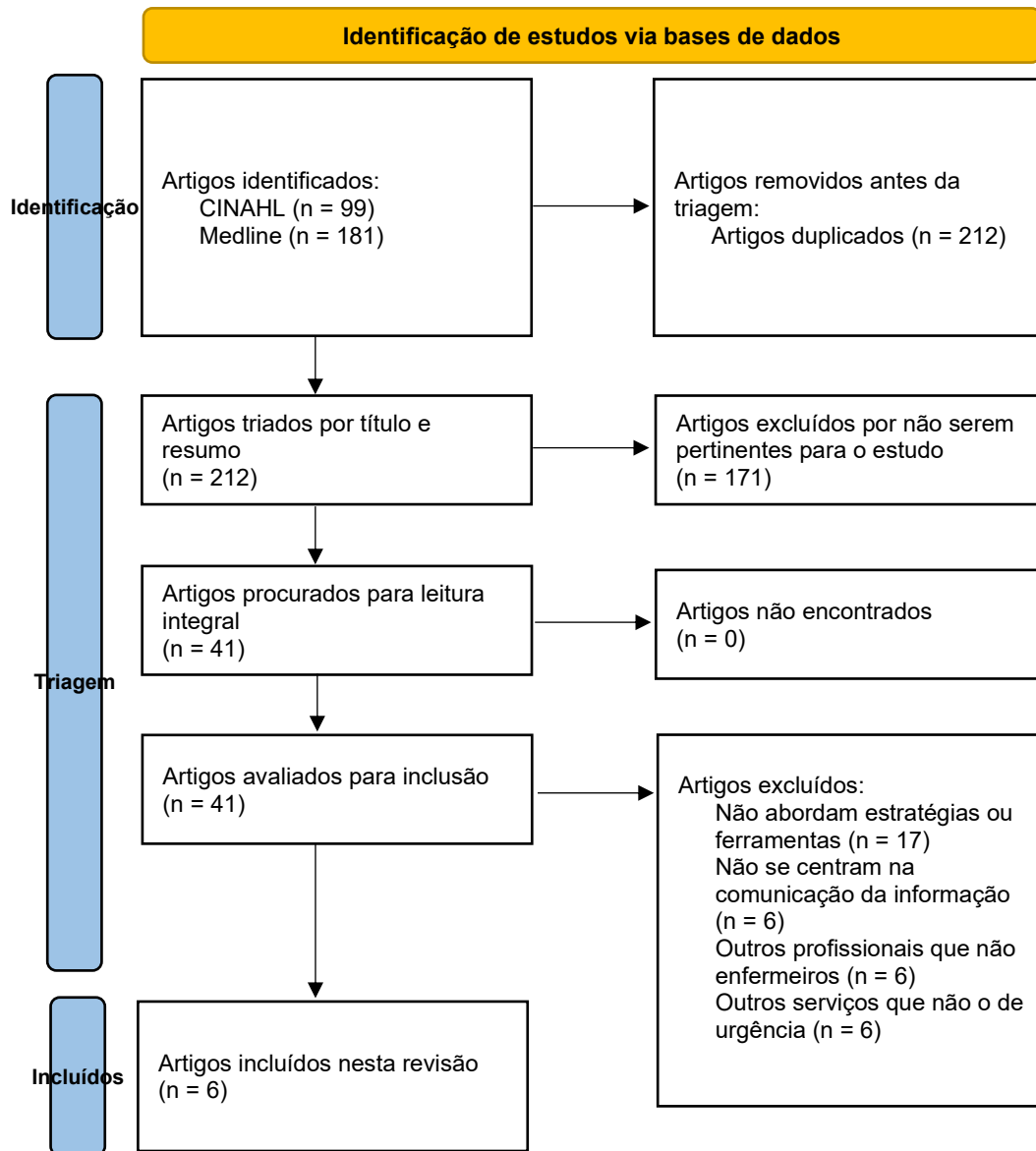


Figura 1- Diagrama Prisma

Fonte: Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

No conjunto das bases de dados foram identificadas 6 publicações consideradas relevantes para a revisão da literatura. Entre os artigos selecionados, conforme demonstrado pelo gráfico 1, destacam-se os estudos qualitativos que representam a maioria (67%, n=4), sendo os restantes estudos mistos (33%, n=2).

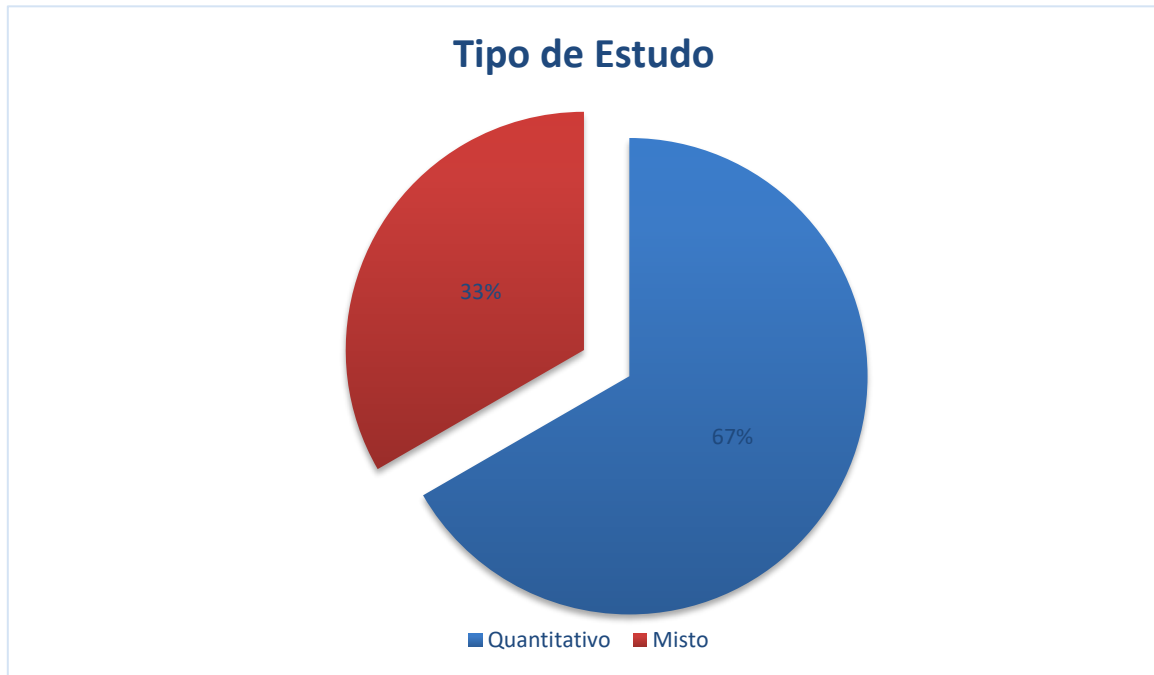


Gráfico 1 – Tipologia de Estudos

Os países onde decorreram os estudos foram maioritariamente não europeus, apresentando-se a Austrália com 50% dos mesmos (n=3), os restantes dividem-se por Estudos Unidos da América, Bélgica e Espanha com um (n=1) estudo cada.

No que diz respeito às amostras dos estudos, na totalidade é composta por Enfermeiros, importando igualmente salientar que a maioria dos estudos (67%, n=4) tem como objetivo a avaliação de diversos indicadores relacionados com a transição de cuidados, pré e pós implementação de ferramentas comunicacionais. Após a seleção dos artigos e a sua análise foi construída uma tabela de evidências que permita uma fácil consulta e comparação entre eles, servindo de base à posterior discussão dos resultados obtidos (tabela 1).

Tabela 1- Tabela de Evidências

Artigo 1	Ano	2017
	Autores	Gilabert, M., Villamor, A., Olmo, D., Castells, E., Monereo, M. & Estragués, M.
	Título do Artigo	Evaluación del traspaso de información (Hand Off) en equipos de enfermería de urgências
	Publicação	Revista Cubana de Enfermería
	Metodologia	Estudo descritivo, observacional e prospetivo que pretende identificar o conteúdo e as lacunas da transição de cuidados no SU de um Hospital em Barcelona, permitindo criar um modelo para a transição de cuidados. A amostra de 394 transições de cuidados foi conseguida por conveniência. Foi criado pelos investigadores um modelo de referência de 24 itens para a transição de cuidados, tendo sido a proposta revista por Enfermeiros Peritos do Serviço de Urgência e Investigadores. O Modelo de Referência contém 24 itens agrupados em 6 blocos (9 identificadores sobre antecedentes e informação previa ao episódio de urgência, 2 itens sobre função respiratória (A, B), 1 item sobre função cardiocirculatoria (C), 2 itens sobre função neurológica (D), 5 itens sobre avaliação externa e 5 itens sobre o estado do processo assistencial. A recolha dos dados foi realizada por um Investigador de forma anónima, depois de obter o consentimento informado dos participantes durante as passagens, sem interferir no processo assistencial nem na transmissão de informação.
	Resultados	Foram auditadas 394 transições de cuidados. Por Áreas Assistenciais do SU, as transições de cuidados registram-se nas Urgências Nível 3 Medicina/Cirurgia n=48 (12,18 %); Observação Medicina n=172 (43,65 %); Observação Cirurgia/Trauma n=43 (10,91 %); Emergências Nível 2 n=83 (21,07 %) e Urgências Nível 3 traumatologia n=48 (12,18 %). Dos 24 itens do modelo de referência para a transição os itens não comunicados são em média n=16,38, no total de 68,25%.

		Não existe relação significativa entre n° de itens não comunicados e o turno ($p > 0,05$), com resultados quase idênticos entre os valores médios na Manhã, (n=16,07), Tarde (n=16,39) e Noite (n=16,54). O nome do utente não foi mencionado em 62,94 % dos casos, a idade não foi referida em 61,68 %, as possíveis alergias não foram comunicadas em 93,91% das transições, a avaliação do estado de consciência mediante a Escala Coma de Glasgow Glasgow foi omissa em 97,72% das ocasiões. A existência de objetos pessoais do utente não foi declarada em 99,75% das situações.
	Conclusões	As transições de cuidados avaliadas pelo instrumento de referência mostraram o défice de conteúdo transmitido.
Artigo 2	Ano	2016
	Autores	Kerr, D., Klim ,S., Kelly, A-M, & McCann, T.
	Título do Artigo	Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study
	Publicação	International Journal of Nursing Practice
	Metodologia	O estudo foi realizado num SU de um Hospital Universitário em Melbourne, Austrália, com o objetivo de avaliar se a implementação de um novo modelo de transferência de cuidados de Enfermagem resulta numa melhor conclusão das atividades e documentação dos cuidados prestados. Um estudo quantitativo pré e pós-implementação foi realizado usando inquéritos e auditorias. A amostra foi obtida por conveniência de Enfermeiros que trabalham no SU Para o inquérito foi efetuada uma adaptação do instrumento “ <i>Clinical Handover Staff Survey</i> ”, na primeira seção recolheram-se seis itens demográficos de dados, na segunda seção, os participantes responderam a uma série de declarações (n = 21) relacionadas às perceções de transferência de cuidados de enfermagem usando uma escala do tipo Likert de sete categorias. Os dados da pesquisa foram recolhidos em duas fases distintas de 5 dias: pré-implementação (Fevereiro de 2011), pós-implementação (Dezembro de 2011). No que diz respeito à auditoria foram identificadas nove intervenções de

	<p>enfermagem identificadas pela equipe de pesquisa como atividades importantes para o ambiente de emergência: cinco atividades de prática de enfermagem e quatro relacionadas à documentação dos cuidados de enfermagem. Esses itens da prática de enfermagem foram especificamente identificados como aqueles que poderiam ser melhorados por uma prática de transferência de cuidados modificada. O novo modelo foi baseado na abordagem de transferência ISBAR e implementado em Agosto de 2011.</p>
Resultados	<p>126 inquéritos foram efetuados nos dois períodos de estudo: pré (n = 67) e pós (n = 59). Os Enfermeiros relataram que receberam informações adequadas sobre todos os utentes no SU na fase pós-intervenção (pré: 26,6%; pós: 67,8%). Os entrevistados eram menos propensos a relatar que 'observações importantes de sinais vitais são frequentemente omitidas da transferência de cuidados de enfermagem' (pré: 50,0%; pós: 32,2%). Após a implementação da nova abordagem de transferência relataram que a “transferência de cuidados foi realizada na frente do utente” (pré: 62,5%; pós: 93,1%) e que “os utentes tiveram a oportunidade de contribuir e / ou ouvir as discussões de transferência” (pré: 42,2%; pós: 80,7%).</p> <p>368 processos e observações de utentes foram auditados: 173 na fase pré-intervenção e 195 na fase pós-intervenção. Foram objetivadas melhorias estatisticamente significativas na conclusão de duas intervenções de cuidados de enfermagem e três itens de documentação. Em primeiro lugar, os utentes com alergia a medicamentos eram mais propensos a usar uma pulseira de alerta de alergia (pré: 51,2%, pós: 82,0%). Em segundo lugar, os utentes eram mais propensos a usar uma pulseira de identificação (pré: 80,3%, pós: 94,4%). No que diz respeito à documentação dos cuidados houve um aumento do registo: na inserção de cateter endovenoso (pré: 82,6%, pós: 94,1%), gestão de objetos de valor (pré: 46,5%, pós: 65,9%) e terapia endovenosa registada (pré: 38,7%, pós: 60,8%)</p>
Conclusões	<p>A implementação de um novo modelo de transição de cuidados melhorou a conclusão dos cuidados de enfermagem, a sua documentação e melhorou a transferência de informação importante para os enfermeiros que iniciam o turno.</p>

Artigo 3	Ano	2019
	Autores	Campbell, D.; & Dontje, K.
	Título do Artigo	Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project
	Publicação	Journal of Emergency Nursing
	Metodologia	<p>Este estudo quantitativo foi realizado no SU de um centro de trauma do Centro-Oeste do Estados Unidos da América, incluindo 230 Enfermeiros que trabalhavam no Serviço. Antes da implementação do projeto, não havia especificações em vigor para transferência de cuidados e esta ocorria nos postos de enfermagem. O projeto pretendia que os enfermeiros realizassem a transferência à beira do leito do utente usando a ferramenta “SBAR Nursing Handoff”. Para facilitar esse processo foi realizada formação com todos os enfermeiros, incluindo simulações. Para avaliar a implementação do projeto foi usada uma lista de verificação da Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) por um membro da equipa de liderança do Serviço. Enfermeiros do Serviço de Urgência participaram na adaptação da ferramenta ISBAR para uso no serviço, bem como participaram do processo de auditoria de transferência à beira do leito. As observações começaram uma semana após a implementação e ocorreram 3 dias por semana, escolhidos aleatoriamente. Como medida de eficácia foi desenvolvido um questionário para que os enfermeiros completassem pré e pós-implementação que incluía questões demográficas, sete questões em escala Likert solicitando perspetivas sobre o processo de transferência de Enfermagem. Os resultados do questionário de transferência de enfermagem pré e pós-implementação foram compilados e comparados usando medidas quantitativas. Dois meses após a implementação da transferência à beira do leito, a equipe de enfermagem foi solicitada a preencher o questionário de transferência de enfermagem pós-implementação. Os Enfermeiros foram</p>

		igualmente solicitados a preencher a questionário de segurança do utente da AHRQ. Auditorias aleatórias da transferência à cabeceira foram feitas 6 meses após a implementação do processo.
	Resultados	Aproximadamente 63% dos enfermeiros pré-implementação e 70% pós-implementação responderam aos questionários. Os resultados não revelaram diferenças significativas no pré e pós-implementação em 5 das 7 questões. As respostas dos Enfermeiros ao item 3 (“I have had a personal incidence of a poor patient outcome related to incomplete handoff”) mostraram que 43% discordaram dessa afirmação no questionário de pré-implementação versus 84% no questionário de pós-implementação. Antes da implementação, 43% dos enfermeiros concordaram com a afirmação do item 4 (“I believe all nurses on staff provide complete and accurate handoffs”) contra 77% no questionário pós-implementação. O questionário de segurança da AHQR de 2016 teve uma taxa de resposta de 65% da equipe de Enfermagem, sendo que dois itens foram analisados neste projeto (F5R “shift patient care information is often lost during shift change” e F11R “shift changes are problematic in this hospital”) e mostraram uma melhoria nas pontuações em relação a 2015 (pré-implementação: F5R 50%, F11R 39%) para 2016 (pós-implementação: F5R 62%, F11R 47%).
	Conclusões	A ferramenta de comunicação foi fácil de usar e evitou a perda de informação importante do utente mais eficazmente do que a prática de pré-intervenção.
Artigo 4	Ano	2020
	Autores	O'Connor, D. T., Rawson, H., & Redley, B.
	Título do Artigo	Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: An observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards
	Publicação	Australasian Emergency Care

Metodologia	<p>O estudo foi realizado durante agosto de 2018 no SU de um Hospital em Melbourne na Austrália. Foi usado um desenho naturalista de métodos mistos, observação, auditoria e dados de entrevista. Foram recolhidos os dados de uma amostra de conveniência de 38 enfermeiros durante a transferência de cuidados de 19 utentes complexos do Serviço de Urgência para enfermarias médicas. Foi usada a ferramenta de observação Connect, Observe, Listen and Delegate (COLD) desenvolvida e validada em investigações anteriores para examinar a qualidade de transferências de utentes de alto risco. Esta ferramenta avalia a ligação entre o utente, os profissionais e o equipamento, observa se são assegurados os cuidados imediatos e necessidades de segurança, bem como durante a transição de cuidados avalia se foi usada uma lista de verificação ou documentos que assegure a passagem de informações importantes dos cuidados aos utentes. A transição de cuidados deverá incluir comunicação baseada no ISBAR de acordo com a política de transferência do Hospital. Antes de ser utilizada, a ferramenta foi revista por investigadores experientes e testada em três transferências de utentes, sendo que foram feitas pequenas melhorias para assegurar a clareza de dados. Cinco passos foram identificados no processo de transferências de Serviço: (1) preparação; (2) transferência (Urgência para Internamento); (3) ligar e observar; (4) ouvir; (5) delegar.</p>
Resultados	<p>A transferência de cuidados do utente ocorreu através de uma conversa telefónica entre os Enfermeiros do SU e os Enfermeiros do Serviço de Internamento antes da transferência da maior parte (95%, n=18). Apenas 63% (n =12) tinham o formulário ISBAR com informação comunicada disponível, enquanto nos restantes pacientes (n = 6), não houve registo da informação comunicada via telefone disponível. Um (5%) paciente foi transferido sem comunicação telefónica prévia. Apenas cinco pacientes (26%) foram observados a serem envolvidos em interações verbais durante a transferência. Mais de metade (68,4%, n =13) dos utentes tiveram um tratamento iniciado no SU que necessitava de ser continuado na Enfermaria sendo que destes (n =11, 85%) tiveram o tratamento reiniciado antes do Enfermeiro do SU sair. As observações revelaram que estes comportamentos na maioria das vezes estão associados com revisão de medicamentos de alto risco e</p>

		verificação das perfusões intravenosas. Em contraponto para 36,8% (n = 7) das transferências houve múltiplos Enfermeiros, quer do SU quer da Enfermaria envolvidos nas várias etapas da transferência de cuidados para um único utente. Nenhuma transferência de pacientes incluiu todas as quatro etapas do processo COLD, no entanto, foram observadas três etapas em pelo menos 90% das transferências: transferência de pacientes em segurança para a cama da enfermaria (95%, n=18); comunicação verbal entre o Enfermeiro do SU e enfermeiros da Enfermaria (90%, n=17). A verificação de informações importantes sobre o utente, ou a aceitação explícita da enfermeira da enfermaria pelos cuidados do utente ocorreu em menos de metade das transferências (42%, n = 8).
	Conclusões	A aplicação da ferramenta COLD na avaliação das transições de cuidados revelou lacunas na comunicação entre enfermeiros.
Artigo 5	Ano	2017
	Autores	Bakon, S., & Millichamp, T
	Título do Artigo	Optimising the emergency to ward handover process: A mixed methods study
	Publicação	Australasian Emergency Nursing Journal
	Metodologia	O objetivo geral deste estudo era melhorar a conformidade da transição de cuidados, desenvolvendo e avaliando uma forma estruturada para utilização na transferência do SU para a enfermaria num Hospital Regional da Austrália. O desenvolvimento de um formulário de transferência do SU exigiu cinco etapas abordagem de métodos mistos, aproveitando os contributos dos Enfermeiros, as sugestões dos utentes e a validação por peritos. Implementação do formulário: foram realizadas sessões regulares de formação de curta duração durante um período de quatro semanas para familiarizar a equipa de Enfermagem com o novo formulário, promovendo a sua utilização e forma

	<p>adequada de preenchimento. Após as quatro semanas de formação, a versão cinco do formulário foi então implementada no SU.</p> <p>Processo de Transição de Cuidados: os enfermeiros do SU preenchem o formulário, sendo as seções obrigatórias enfatizadas a cinzento, posteriormente é enviado por fax para a enfermaria que recebia o utente. Este envio foi seguido de uma chamada telefónica com transição de cuidados verbal, sendo que este momento deu ao Enfermeiro recetor a oportunidade de fazer perguntas e esclarecimentos.</p> <p>Processo de avaliação do formulário: quatro semanas após a implementação foi efetuado um questionário anónimo que incorpora elementos quantitativos e qualitativos que avaliou a utilização do formulário, sendo distribuída por uma amostra de conveniência pela equipa de Enfermagem do SU e das enfermarias do internamento. A utilização do formulário por enfermeiros de emergência foi também auditada.</p>
Resultados	<p>Avaliações dos Enfermeiros (N = 28)</p> <p>As avaliações do formulário foram obtidas nas seguintes áreas clínicas: pediatria (14,3%), cirurgia geral (14,3%), cardiologia (7,1%), medicina geral (10,7%), geriatria (14,3%) e urgência (35,7%). Estes participantes relataram que o formulário "poupou tempo e foi claro e conciso", (64%, n=16) indicou que o formulário era claro e fácil de preencher. De facto, 83,4% (n= 20) dos participantes indicaram que o conteúdo do formulário era apropriado para o seu objetivo e 60% consideraram que forneceu uma descrição mais precisa do estado clínico do utente.</p> <p>Auditorias de formulário (N = 626)</p> <p>O formulário foi utilizado em 97% (n=610) das transferências de cuidados durante a recolha de dados. A etiqueta de identificação do utente foi anexada em 97% das transferências (n = 610) no entanto, a pulseira de identificação tinha sido verificada apenas 80% (n = 495) do tempo. O diagnóstico (96%, n = 599) e alergias (97%, n=600) foram na grande maioria</p>

		identificadas. A necessidade de cuidados relacionados com o diagnóstico (84%, n= 525) e alertas para cuidados prévios (77%, n = 478) foram introduzidos em mais de ¾ das ocasiões. O plano de tratamento apenas foi discutido com o utente e/ou pessoa de referência em 51% das transições (316), além disso, a história social dos utentes só foi listada em 28% (n = 170) dos formulários.
	Conclusões	A transição de cuidados do SU aos serviços de internamento devem ser estruturadas e fornecer um conteúdo normalizado, sendo que a utilização do formulário usado mostra evidência dessa transição segura.
Artigo 6	Ano	2018
	Autores	Bergs, J.,Lambrechts, F.,Mulleneers, I.,Lenaerts, K.,Hauquier, C.,Proesmans, G.,Creemers, S.,& Vandijck, D.
	Título do Artigo	A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover
	Publicação	International Emergency Nursing
	Metodologia	Este estudo foi realizado num hospital geral na Bélgica, sendo utilizado um desenho de grupos de controlo quase-experimentais não equivalentes pré-teste e pós-teste. Foi comparada a qualidade da transição de cuidados de utentes transferidos do SU para a enfermaria ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) - antes e depois de uma intervenção destinada a melhorar a implementação de uma norma prática existente (ou seja, uma forma estruturada de transição de cuidados).Para cumprir as normas de acreditação foi implementado um sistema de transição digital normalizado com várias recomendações, resumindo informações importantes do processo do utente (por exemplo, dados pessoais, alergias, exames completos e pendentes). A intervenção foi construída sobre uma variante de “4-D”, um ciclo dinâmico de aprendizagem que consistiu em quatro atividades centradas na transição de cuidados excelente: 1) <i>Discovery</i> ;2) <i>Dream</i> ;3) <i>Design</i> : 4) <i>Destiny (or deploy)</i> . A qualidade da transferência foi medida utilizando uma versão traduzida de Handover Evaluation Scale

	<p>(HES), que examina vários aspetos da transferência de cuidados, incluindo a relevância e abrangência de informação (Qualidade da informação), oportunidade de esclarecer e discutir informação (Interação e apoio), atualidade e eficácia do processo (Relevância da informação). Foi aplicado um questionário que incluía duas seções. A primeira seção continha itens explorando as características demográficas dos participantes. A segunda secção continha a versão do HES. Os participantes responderam utilizando uma escala Likert de sete ponto. Os dados foram recolhidos durante dois períodos: antes da intervenção (Janeiro 2016) e 2 meses após a intervenção (Março de 2016). A amostra final incluía 130 enfermeiros inquiridos – 66 inquiridos antes e 64 após a intervenção.</p>
Resultados	<p>As alterações médias nas pontuações do fator HES variaram entre 3,99 a 15,9, com variação entre unidades. Relativamente à perceção dos enfermeiros de enfermaria e UCI, nenhuma diferença significativa na pontuação dos fatores a Qualidade da informação, Interação e Apoio ou Relevância da informação foi encontrado neste estudo.</p> <p>Os testes de Mann-Whitney nos itens individuais do HES revelaram uma diferença significativa nas respostas após a intervenção para o item "A informação do paciente é fornecida atempadamente", (P = 0,04).</p> <p>Os enfermeiros do SU identificaram que a Interação e o Apoio foram melhorados após a intervenção, por outro lado não houve diferença significativa para a Qualidade de informação ou Relevância da informação neste estudo.</p>
Conclusões	<p>A intervenção comunicacional impactou positivamente o trabalho de equipa no âmbito da atempada transição de cuidados entre Enfermeiros.</p>

Discussão

A prestação de cuidados a pessoas no contexto de Serviço de Urgência revela-se em cada dia um enorme desafio para todos os profissionais envolvidos, nomeadamente para os Enfermeiros que são responsáveis por todas as fases do processo assistencial desde a triagem à transferência/alta da Urgência. As recomendações sugerem o uso de ferramentas que apoiem a transição de cuidados, importando dessa forma conhecer o seu impacto em serviços nas quais foram auditadas ou implementadas a utilização desses instrumentos.

Os artigos incluídos nesta revisão revelaram omissão de transmissão de informações relevantes para a transição de cuidados no serviço de Urgência e deste para áreas de internamento, como é exemplo o estudo de Gilabert et al. (2017) onde se conseguiu evidenciar uma conformidade de apenas 68,25% nas transições auditadas tendo por base um instrumento com 24 itens essenciais a utentes de áreas críticas. Indicadores passíveis de gerar eventos adversos para os utentes foram descuidados (nome, idade, existência de alergias, estado de consciência e a existência de objetos de valor). O'Connor, Rawson, & Redley (2020) avaliaram igualmente a transição de cuidados através do instrumento COLD, sendo que as observações evidenciaram que não foram cumpridas todas as etapas da transição de cuidados em nenhuma das transições auditadas e identificaram igualmente a existência de múltiplos Enfermeiros envolvidas nas várias etapas da transição de cuidados. Estes dados confirmaram o já referido pela Direção Geral de Saúde (2017), apontando que as transições de cuidados são responsáveis por cerca de 70% dos eventos adversos nas instituições de saúde e estão diretamente relacionados com omissão e erro na informação, falta de exatidão e consequente da falta de relevância para priorizar determinada intervenção.

Os estudos anteriormente referidos apenas avaliaram a qualidade da transição de cuidados pelo instrumento, sendo que não foi avaliada a sua implementação no serviço. Contudo dados dos estudos de Kerr, Klim, Kelly e McCann (2016) mostram um aumento da conformidade pós implementação de uma ferramenta de apoio à transição de cuidados nos itens pulseira de identificação presente, identificação de alergias presente (recurso a pulseira) e gestão de objetos de valor. Bakon e Millichamp (2017) corroboram igualmente estes dados no seu estudo relativamente à identificação, uso de pulseira, registo de alergias e comunicação da necessidade da continuidade de cuidados nos pós implementação de um instrumento de apoio à transição de cuidados. Nenhum dos estudos analisados demonstrou um aumento do número de eventos adversos após a implementação de ferramentas

comunicacionais, pelo contrário aumentou a conformidade em itens relacionados com a segurança dos utentes o que suporta os benefícios da sua utilização em contexto de Serviços de Urgência.

Os dados disponíveis nos artigos incluídos evidenciam a necessidade de introduzir no processo de implementação de uma ferramenta comunicacional para transição de cuidados um processo formativo dos Enfermeiros, permitindo conhecer o instrumento e familiarizar-se com a sua aplicação, tal como efetuado nos estudos de Campbell e Dontje (2019) e Bakon e Millichamp (2017). A implementação de programas formativos no âmbito da transição de cuidados, nomeadamente a uniformização da utilização das ferramentas comunicacionais mostrou um aumento de reporte dos itens relacionados com a segurança da pessoa, devendo por isso ser uma preocupação de todas as entidades gestoras das instituições de saúde a introdução nos planos de formação anuais desta temática (Direção Geral de Saúde, 2017; Dahlquist et al., 2018).

Campbell e Dontje (2019) descrevem que os Enfermeiros relatam um aumento da perceção da qualidade da informação de 43% para 77% na análise prévia e posterior à introdução da ferramenta comunicacional, referindo igualmente a diminuição de eventos adversos por informação incompleta. Kerr, Klim, Kelly e McCann (2016) descrevem menor omissão de comunicação de alterações de sinais vitais. O estudo de Bakon e Millichamp (2017) corrobora as conclusões anteriores, referindo os enfermeiros que a comunicação se tornou mais clara e concisa, com uma descrição mais precisa do estado clínico do utente, ao mesmo tempo que poupou tempo na transição de cuidados. Por sua vez Berg et al. (2018) descrevem que com a introdução da ferramenta comunicacional os Enfermeiros afirmam que a informação é fornecida atempadamente. As ferramentas comunicacionais para além de otimizarem a transição de cuidados podem contribuir como evidenciado para a rápida tomada de decisões, diminuindo o tempo utilizado na transição de cuidados (Direção Geral de Saúde, 2017; Dahlquist et al., 2018)

Os dados obtidos nestes artigos corroboram as implicações positivas das várias entidades certificadoras da qualidade em saúde no que diz respeito aos benefícios das ferramentas comunicacionais na transição de cuidados, sendo exemplo a The Joint Commission (2015), quando apresentou Hand-Off Communications Targeted Solutions Tool, que ajuda as instituições a avaliar barreiras e otimizar a Comunicação na Transferência de Responsabilidade do Paciente.

A transição de cuidados em ambientes da prática que envolvam pessoas em situação crítica exige a transmissão de informação de forma precisa e no tempo adequado, sendo estas necessidades potencializadas pela utilização de ferramentas comunicacionais, contudo a utilização de instrumentos específicos para o Serviço de Urgência está pouco consolidada, sendo utilizada maioritariamente a metodologia ISBAR que apoia a transição de cuidados em todos os contextos dos cuidados de saúde.

Desta forma, com a presente revisão constatou-se, de facto, um impacto na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência, verificando-se que a utilização de ferramentas de comunicação aumenta a conformidade para itens de segurança dos utentes, melhora a qualidade da informação transmitida e diminui o tempo associado a este procedimento. Torna-se mais evidente a necessidade de ter uma ferramenta de apoio à transição no contexto peculiar dos serviços de urgência, pela especificidade dos cuidados prestados, número de profissionais envolvidos nos cuidados e grande afluência de utentes.

Conclusão

A transição de cuidados é um momento definido por todas as entidades de certificação da qualidade em saúde do mundo como um indicador de qualidade e de segurança, uma vez que à transição de cuidados está associada a transição de responsabilidade e dessa forma podem ser potenciados eventos adversos se não for assegurada uma transição eficaz.

Os resultados obtidos após a revisão integrativa que culminou na análise de seis artigos evidenciam o impacto da utilização das ferramentas comunicacionais na qualidade da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência, melhorando a qualidade da informação, evitando a perda da mesma e fornecendo ao mesmo tempo uma estrutura que normalize a transição de cuidados.

Apesar das várias recomendações neste âmbito e dos dados obtidos serem favoráveis à introdução destas ferramentas, o reduzido número de artigos encontrados pode significar a sua baixa aplicabilidade no contexto de SU ou a inexistência de estudos que avaliem os ganhos da sua utilização, nomeadamente no contexto europeu, apresentando-se desta forma como uma limitação para esta revisão.

Face aos resultados obtidos que não é possível a generalização dos mesmos, contudo, é possível referir que é fundamental desenvolver mais investigação neste domínio e a mesma

deve ser encorajada, identificando-se, portanto, uma área relevante para investigações futuras, nomeadamente no contexto europeu, e particularmente no português. Dessa forma seria importante promover um estudo que abordasse a realidade do uso de uma ferramenta comunicacional num contexto multicêntrico, englobando vários Serviços de Urgência portugueses e internacionais.

Referências Bibliográficas

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2015) - Manual de standards: Centros Hospitalarios. Recuperado de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/manual-de-estandares-de-hospitales.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report. Recuperado de <https://www.reginfo.gov/public/do/DownloadDocument?objectID=41468201>

Bakon, S., & Millichamp, T. (2017). Optimising the emergency to ward handover process: A mixed methods study. *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 20(4), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.001>

Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., Creemers, S., & Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International emergency nursing*, 36, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>

Campbell, D., & Dontje, K. (2019). Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal of emergency nursing*, 45(2), 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.007>

Dahlquist, R. T., Reyner, K., Robinson, R. D., Farzad, A., Laureano-Phillips, J., Garret, J. S., ... Wang, H. (2018). Standardized Reporting System Use During Handoffs Reduces

Patient Length of Stay in the Emergency. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(5), 445–451. <https://doi.org/10.14740/jocmr3375w>

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Gluyas H. (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing standard* 49, 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns.29.49.50.e10042>

Gilabert, M., Villamor, A., Olmo, D., Castells, E., Monereo, M. & Estragués., M. (2017). Evaluación del traspaso de información (Hand Off) en equipos de enfermería de urgencias. *Revista Cubana De Enfermería*, 33(3). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1539/292>

Kerr, D., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *International journal of nursing practice*, 22(1), 89–97. <https://doi.org/10.1111/ijn.12365>

Ministério da Saúde (2021), Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

O'Connor, D. T., Rawson, H., & Redley, B. (2020). Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: An observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards. *Australasian emergency care*, 23(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Riesenberg, L., Leitzsch, J. & Little, B. (2019). Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal Medical Quality*. Sep/Oct; 34(5):446-454. doi: 10.1177/1062860619873200.

Sousa L., Vieira C., Severino S. & Antunes V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17-26. Recuperado https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

The Joint Commission. (2015). Hand-Off Communications Targeted Solutions Tool® (TST®) Implementation Guide for Health Care Organizations. Recuperado de https://www.centerfortransforminghealthcare.org/-/media/cth/documents/what-we-offer/hoc_tst_implementation_guide.pdf

The Joint Commission. (2021). Sentinel Events. Recuperado em https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/camh_24_se_all_current.pdf

Tourangeau, H., Jeffs, A., & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal Advance Nursing*. 74: 876– 886. <https://doi.org/10.1111/jan.13499>

Apêndices

Apêndice I - Desenho de Pesquisa Medline

#	Frase booleana	Resultados
#1	((nurs*[Title/Abstract]) OR ("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[MeSH Subheading])) AND ((Emergency Service*[Title/Abstract]) OR (Emergency Department*[Title/Abstract]) OR (Urgent Care[Title/Abstract]) OR ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms]) OR ("Emergency Nursing"[MeSH Terms])))	18,087
#2	(I-PASS[Title/Abstract]) OR (eSBAR[Title/Abstract]) OR (SBAR[Title/Abstract]) OR (Algorithm*[Title/Abstract]) OR ("Algorithms"[MeSH Terms]) OR (Standard*[Title/Abstract]) OR ("Standard of Care"[MeSH Terms]) OR (Communication tool*[Title/Abstract]) OR ("Communication"[MeSH Terms]) OR ("Health Communication"[MeSH Terms]) OR ("Hospital Communication Systems"[MeSH Terms]) OR (Report method*[Title/Abstract]) OR (Nursing report*[Title/Abstract]) OR (Shift report*[Title/Abstract]) OR (Supporting system*[Title/Abstract]) OR (Protocol*[Title/Abstract]) OR (Guideline*[Title/Abstract]) OR ("Checklist"[MeSH Terms]) OR (Checklist*[Title/Abstract]) OR ("Health Information Exchange"[MeSH Terms])	2,819,592
#3	((Handover[Title/Abstract]) OR (Handoff[Title/Abstract]) OR (Hand Off[Title/Abstract]) OR (Patient Transfer*[Title/Abstract]) OR ("Patient Transfer"[MeSH Terms]) OR (Patient Handoff[Title/Abstract]) OR (Handoff Practice*[Title/Abstract]) OR ("Patient Handoff"[MeSH Terms]) OR (Signout[Title/Abstract]) OR (Signover*[Title/Abstract]) OR (Cross Cover*[Title/Abstract]) OR (Cross-Cover*[Title/Abstract]) OR (Transitions in care[Title/Abstract]) OR))	12,099

	<p>(Transitioning care[Title/Abstract]) OR (Transitions of care[Title/Abstract]) OR (Information transfer*[Title/Abstract])) AND ((Patient Safety[Title/Abstract]) OR ("Patient Safety"[MeSH Terms]) OR (Quality of Health Care[Title/Abstract]) OR ("Quality of Health Care"[MeSH Terms]) OR (Quality Assurance[Title/Abstract]) OR ("Quality Assurance, Health Care"[MeSH Terms]) OR (Quality Improvement[Title/Abstract]) OR ("Quality Improvement"[MeSH Terms]) OR (Medical Error*[Title/Abstract]) OR ("Medical Errors"[MeSH Terms]) OR (Safety Culture[Title/Abstract]) OR (Adverse event*[Title/Abstract]) OR (Safety Event*[Title/Abstract]) OR (Omitted information[Title/Abstract]) OR (Omission error*[Title/Abstract]) OR (Loss of patient information*[Title/Abstract]) OR (Loss of information*[Title/Abstract]) OR (Effective*[Title/Abstract]) OR (Performance[Title/Abstract]) OR (Outcome*[Title/Abstract]) OR ("Patient Outcome Assessment"[MeSH Terms]) OR ("Outcome Assessment, Health Care"[MeSH Terms]))</p>	
#4	#1 AND #2 AND #3	181
#5	Filter: Languages – Portuguese; English; Spanish	177

Apêndice II – Desenho de Pesquisa CINAHL

#	Frase booleana	Resultados
#1	((AB "nurs*") OR (TI "nurs*") OR (MW "NU")) AND ((AB "Emergency Service*") OR (TI "Emergency Service*") OR (MW "Emergency Service") OR (MW "Emergency Nursing") OR (AB "Urgent Care") OR (TI "Urgent Care") OR (AB "Emergency Department") OR (TI "Emergency Department")))	15,785
#2	(AB "I-PASS") OR (TI "I-PASS") OR (AB "eSBAR") OR (TI "eSBAR") OR (AB "SBAR") OR (TI "SBAR") OR (AB "Algorithm") OR (TI "Algorithm") OR (MW "Algorithms") OR (AB "Standard") OR (TI "Standard") OR (MW "Communication") OR (AB "Communication tool*") OR (TI "Communication tool*") OR (MW "Emergency Medical Service Communication Systems") OR (AB "Report method*") OR (TI "Report method*") OR (AB "Nursing report*") OR (TI "Nursing report*") OR (MW "Shift Reports") OR (AB "Shift Report*") OR (TI "Shift Report*") OR (AB "Supporting system*") OR (TI "Supporting system*") OR (AB "Protocol*[") OR (TI "Protocol*[") OR (AB "Guideline*") OR (TI "Guideline*") OR (AB "Checklist*") OR (TI "Checklist*") OR (AB "eSBAR") OR (TI "eSBAR") OR (MW "Checklists") OR (MW "Health Care Information Exchange (Iowa NIC)")	620,951
#3	((AB "Patient Transfer*") OR (TI "Patient Transfer*") OR (MW "Transfer, Discharge") OR (AB "Handoff") OR (TI "Handoff") OR (MW "Hand Off (Patient Safety)") OR (AB "Handover") OR (TI "Handover") OR (AB "Signout") OR (TI "Signout") OR (AB "Signover*") OR (TI "Signover*") OR (AB "Cross Cover*") OR (TI "Cross Cover*") OR (AB "Cross-Cover*") OR (TI "Cross-Cover*") OR (AB "Transitions in care") OR (TI "Transitions in care") OR)	6,173

	<p>(AB "Transitions of care") OR (TI "Transitions of care") OR (AB "Information transfer*") OR (TI "Information transfer*")) AND ((AB "Patient Safety") OR (TI "Patient Safety") OR (MW "Patient Safety") OR (AB "Quality of Health Care") OR (TI "Quality of Health Care") OR (MW "Quality of Health Care") OR (AB "Quality Assurance") OR (TI "Quality Assurance") OR (MW "Quality Assurance") OR (AB "Quality Improvement") OR (TI "Quality Improvement") OR (MW "Quality Improvement") OR (AB "Health Care Errors") OR (TI "Health Care Errors") OR (MW "Health Care Errors") OR (AB "Adverse Health Care Event") OR (TI "Adverse Health Care Event") OR (MW "Adverse Health Care Event") OR (AB "Medical Error*") OR (TI "Medical Error*") OR (AB "Adverse event*") OR (TI "Adverse event*") OR (AB "Safety Event*") OR (TI "Safety Event*") OR (AB "Omitted information") OR (TI "Omitted information") OR (AB "Omission error*") OR (TI "Omission error*") OR (AB "Loss of patient information*") OR (TI "Loss of patient information*") OR (AB "Loss of information*") OR (TI "Loss of information*") OR (AB "Effective*") OR (TI "Effective*") OR (AB "Performance") OR (TI "Performance") OR (AB "Outcome*") OR (TI "Outcome*") OR (AB "Omission error*") OR (TI "Omission error*") OR (MW "Outcome Assessment") OR (MW "Outcomes (Health Care)"))</p>	
#4	#1 AND #2 AND #3	111
#5	Analizado por especialistas	99
#6	Filter: Languages – Portuguese; English; Spanish	99

Apêndice II – Proposta de Instrução de Trabalho - Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica
Proposta de Instrução de Trabalho

Tiago José Proença Reis

Porto, outubro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica
Proposta de Instrução de Trabalho

Tiago José Proença Reis

Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, outubro de 2021

Lista de Siglas

ASPEN - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

AT - Atitudes Terapêuticas

DE – Diagnóstico de Enfermagem

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

ESPEN European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

IE - Intervenção de Enfermagem

MUST - Malnutrition Screening Tool

NE - Nutrição Entérica

NRS-2002- Nutritional Risk Screening 2002

PE - Processo de Enfermagem.

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SNG – Sonda Nasogástrica

SOG – Sonda Orogástrica

SNJ – Sonda Nasojejunal

VRG - Volume Residual Gástrico

Índice

1. Introdução	121
2. Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica	123
2.1- Indicações e Contraindicações	125
2.2 – Administração	127
2.3 – Vigilância Volume Residual Gástrico	129
2.4 Instrução de Trabalho	130
3. Conclusão	135
4. Referências Bibliográficas	137
Anexos.....	143
Anexo I – Nutritional Risk Screening 2002	145

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, realizo estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) [REDACTED]. Neste serviço prestam-se cuidados de saúde a pessoas em situação crítica em estado grave, que requerem vigilância permanente e maioritariamente requerem suporte tecnológico e terapêutico para a manutenção de funções vitais. A UCIP dispõe de equipamento para tratamento e monitorização intensiva, a que se aliam as competências dos elementos das equipas multidisciplinares, contribuindo assim, para a diferenciação dos cuidados prestados.

As equipas de Enfermagem em cuidados intensivos, são para Pinho (2020), alicerçadas em Profissionais com competências para cuidar da pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Nesse sentido a presença de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) na área da pessoa em situação crítica revela-se fulcral para a diferenciação de competências das equipas. Dessa forma, deve o EEEMC ser o garante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, impulsionando, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), iniciativas que promovam práticas de qualidade.

No decorrer do estágio no serviço identifiquei a oportunidade de uniformizar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica que se encontra sob nutrição entérica, produzindo uma proposta de Instrução de Trabalho que documente os cuidados necessários desde a implementação da prescrição à vigilância da tolerância alimentar, criando um fluxograma para a administração e avaliação do volume residual gástrico. A validação da pertinência dessa instrução, fundamentada por este trabalho académico, foi realizada em parceria com a Tutora, EEEMC. Com esta proposta de Instrução de trabalho tenho como objetivo contribuir para a otimização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, uma vez que o suporte nutricional não deve ser subestimado, devendo ser encarado como parte integrante do plano assistencial.

A Instrução de trabalho assenta nas intervenções autónomas de Enfermagem, que se caracterizam por ser independentes e baseadas nas suas qualificações profissionais

(Ministério da Saúde, 1996), apoiando-se no diagnóstico de Enfermagem Alimentar comprometido e partindo desse para apoiando-se no diagnóstico de Enfermagem Alimentar comprometido e partindo desse para instituir o plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa em situação crítica.

Este trabalho organiza-se num capítulo onde se aborda de forma geral a importância da nutrição entérica na pessoa em situação crítica, sendo que nos subcapítulos se fundamentam as indicações e contraindicações, os cuidados necessários desde o início da administração à vigilância da administração, definindo um fluxograma de avaliação do volume residual gástrico. A metodologia usada para este trabalho assentou na pesquisa bibliográfica dos estudos mais recentes relativamente à temática em questão, que permitissem validar as intervenções a introduzir na instrução de trabalho.

2. Nutrição Entérica na pessoa em Situação Crítica

Na abordagem multifatorial na pessoa em situação crítica a nutrição deve ser encarada como parte integrante do plano assistencial, na medida em que contribui de forma decisiva para o processo de recuperação. A pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2011) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656).

A esta situação de falência ou eminente falência está associada a ocorrência de agudização catabólica, potenciando uma resposta inflamatória sistémica que agrava o estado nutricional, levando a complicações do estado geral com consequente aumento do tempo de internamento (McClave et al., 2016).

De acordo com Jordan e Moore (2019), na pessoa em situação crítica o défice nutricional tem sido relacionado com aumento da mortalidade e da morbilidade. Os dados do início do século referidos por Kyle, Laurence e Pichard (2005), apontam que mais de 50% das pessoas admitidas nos hospitais Europeus teriam vários graus de desnutrição. Nesse sentido, ao longo da última década, foram vários os esforços das entidades prestadores de cuidados de saúde de incluir no seu programa assistencial suporte nutricional.

Em Portugal, a toda a pessoa com internamento superior a 24 horas em ambiente hospitalar deve ser identificado o risco nutricional, tal como determina o Despacho n.º 6634 do Ministério da Saúde (2018a), devendo os que forem identificados como em risco nutricional ser sinalizados ao serviço de nutrição. O mesmo documento salienta a importância da promoção do suporte nutricional adequado à recuperação dos utentes, bem como na sua qualidade de vida, devendo ser implementada a colaboração entre todos os elementos das equipas multidisciplinares, tendo por base a elaboração de ferramentas que permitam incrementar a comunicação entre todos, com vista à prestação dos melhores cuidados nutricionais possíveis.

A Avaliação do Estado Nutricional, tal como recomendado pelo Ministério da Saúde (2018b) na Norma Técnica dos Serviços Partilhados, deve ser efetuada pela equipa na admissão da pessoa em situação crítica, existindo vários instrumentos que respondem a esse

objetivo de estratificação do risco nutricional, tais como Malnutrition Screening Tool (MUST) ou o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) que engloba o Índice de Massa Corporal, perda de peso, ingestão alimentar e a gravidade da doença atual (Anexo I). Este último instrumento é o recomendado na Norma Técnica acima referida e pode ser introduzido na avaliação inicial de Enfermagem, devendo o seu preenchimento ser mandatório na admissão.

De qualquer forma, no caso da pessoa em situação crítica, as diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), referidas por Singer et al. (2019) estipulam que todos as pessoas que permaneçam por mais de 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como em risco nutricional. A terapêutica nutricional precoce e individualizada apresenta benefícios, Friesecke, Schwabe, Stecher e Abel (2014) apontam que está indicada na pessoa em situação crítica em que não se espera que a alimentação oral consiga cobrir todas as necessidades energéticas nos três primeiros dias de admissão nos Serviços de Medicina Intensiva.

McClave et al. (2016) indicam as primeiras 24h/72h após o evento agudo que justificou o internamento como o período ideal para o início do suporte nutricional, devendo ser implementada o mais precocemente possível, logo que haja estabilização hemodinâmica, decorrendo dessa implementação a diminuição do tempo de internamento em cuidados intensivos e consequente melhoria do prognóstico clínico. As diretrizes das ESPEN e da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) definem a necessidade do início precoce do suporte nutricional, nomeadamente da Alimentação Entérica, recomendando o seu início de pessoa em situação crítica nas primeiras 24h a 48h após a sua admissão.

Para a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020), na ausência de contraindicação para início do suporte nutricional deve ser dada primazia, sempre que possível, à nutrição entérica em relação à nutrição parentérica nas primeiras 48 horas. Quando a nutrição entérica está contraindicada, a nutrição parentérica deverá ser iniciada entre os primeiros 3 a 7 dias. Contudo, não raramente, a nutrição entérica pode mostrar-se insuficiente, usando como referência quando não se atinge 60% das necessidades nutricionais estimadas ao 4º dia de admissão nas unidades de cuidados intensivos, podendo nestes casos ser utilizada a nutrição parentérica como complemento, com o objetivo de alcançar 100% do aporte.

Revela-se dessa forma fulcral a avaliação das necessidades nutricionais da pessoa em

situação crítica, identificando e implementando um objetivo nutricional individualizado, já que essa definição, tão precoce quanto possível, revelam-se primordiais para alcançar a máxima eficácia nutricional.

Existem inúmeras formas de calcular as necessidades nutricionais da pessoa em situação crítica, sendo que a calorimetria indireta se revela como o método mais preciso, embora pouco utilizado na prática. Rattanachaiwong et al. (2020) ressaltam que, sempre que possível, as necessidades energéticas na pessoa em situação crítica devem ser quantificadas com a utilização deste recurso, contudo, a determinação das necessidades nutricionais em cuidados intensivos por este método não se encontra generalizada por se tratar de um equipamento dispendioso, que necessita de formação e de uma equipa motivada para a sua implementação, associado a outras limitações técnicas. A generalidade dos serviços de medicina intensiva usam equações preditivas para a avaliação das necessidades nutricionais da pessoa em situação crítica, sendo a mais utilizada a de Harris--Benedict, contudo o uso da determinação de quantidades fixa de calorias em função do peso (kcal/Kg/dia) é igualmente uma equação muito utilizada.

A Direção Geral de Saúde (2020) refere que se deverá usar como referência 25-30 kcal/kg/dia no homem e 20-25 kcal/kg/dia na mulher, sendo que deve ser ajustado em casos particulares. A nível proteico as necessidades variam entre 1,3 e 1,5 g/kg/dia.

Em suma, os benefícios do suporte nutricional na pessoa em situação crítica são inúmeros, englobando a melhoria da cicatrização, a diminuição da resposta catabólica à agressão, a melhoria da estrutura e função gastrointestinal, conduzindo a melhoria dos resultados clínicos, incluindo a redução das taxas de complicações e tempo de permanência nos serviços de cuidados intensivos.

2.1- Indicações e Contraindicações

Para Salciute-Simene et al. (2021), a nutrição entérica pode ser definida, como a administração controlada de nutrientes, seja via oral, por sonda ou ostomias, utilizada exclusivamente ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral.

Ao longo da última década, o desenvolvimento e a melhoria das técnicas e fórmulas de nutrição entérica e as suas vantagens face à nutrição parentérica tornaram-na o tipo de suporte nutricional preferencial, quando o trato gastrointestinal está parcial ou totalmente funcionante.

Lochs et al. (2006) já apontavam à nutrição entérica inúmeras vantagens pelo seu baixo custo, segurança e fácil utilização, com uma elevada eficácia e menor incidência de complicações em comparação com nutrição parentérica. Para além das descritas anteriormente, enumeravam também as seguintes vantagens: manutenção da mucosa gastrointestinal, diminuição do risco de translocação bacteriana, diminuição do risco de infeção, melhoria na forma de utilização dos nutrientes pelo organismo, melhoria do funcionamento da vesícula biliar, com diminuição da formação de cálculos, aumento da estimulação pancreática e melhoria do processo de cicatrização das anastomoses cirúrgicas.

Oliveira, Fogaça e Leandro-Merhi (2009) consideram, sempre que possível, a alimentação entérica como o método de escolha para pessoas internadas em situação crítica, visto os mesmos não possuem, por norma, condições para se alimentarem por via oral de modo a atingir o mínimo das suas necessidades energéticas, aumentadas pela condição clínica dos mesmos.

Mais recentemente, McClave et al. (2016) continuam a recomendar que em pessoas em situação crítica, com necessidades de suporte nutricional, a nutrição entérica é preferível em relação à parentérica, já que diminui a resposta inflamatória, mantém a função intestinal, integridade e motilidade, reduzindo os efeitos do stress fisiológico, as taxas de infeções e úlceras de pressão devido a uma melhor imunidade e cicatrização dos tecidos. Apesar da primazia que deve ser dada à alimentação entérica em relação à parentérica, caso a pessoa apresente alto risco de desnutrição ou esteja severamente desnutrido, pode-se iniciar a nutrição parentérica, com baixos volumes, nos primeiros três a sete dias (quando contraindicada a alimentação entérica), podendo iniciar-se precocemente e com cautela, caso a pessoa esteja severamente desnutrida (Singer et al.,2019).

Todas as orientações salientam como fundamental o início precoce do suporte nutricional na pessoa em situação crítica como forma de prevenir o risco de infeção, através da estimulação do sistema digestivo, para além do menor número de complicações associadas e do menor custo, a via entérica tem vantagens inerentes ao facto de ser mais semelhante à forma fisiológica. Assim, face à evidencia disponível, permanece claro que, sempre que o aparelho digestivo está funcional, a nutrição deve fazer-se por via entérica.

Apesar de todas as vantagens descritas, a nutrição entérica pode apresentar complicações várias, como o atraso na cobertura das necessidades energéticas, frequentemente associado a uma oscilação de proteínas e energia negativa associado ao risco de intolerância gastrointestinal (vómitos, aspirações, diarreia) ou provocado pelas

interrupções frequentes para exames e procedimentos. Reintam-Blaser et al. (2017) indicam que igualmente em situações de compromisso hemodinâmico, a nutrição entérica deverá ficar suspensa até que a pessoa em situação crítica estabilize. A presença ou não de ruídos intestinais e a evidência da passagem de gases não condicionam a implementação do suporte nutricional entérico. Para McClave et al. (2016) somente ao fim de sete dias em que seja comprovadamente impossível a sua detecção se deverá optar pela via parentérica, ou em situações de desnutrição à admissão e a alimentação entérica seja completamente contraindicada

Arabi et al. (2015) descrevem como contraindicações para a instituição da alimentação entérica: quadro de vômitos incoercíveis, peritonite, obstrução intestinal, íleo paralítico, diarreia severa, fistula entero-cutânea com débitos superiores a 500ml/h, síndrome do intestino curto e quadro de choque hipovolêmico ou sépsis.

Apesar de todos os estudos referidos anteriormente definirem orientações relativas a tempo, via de administração e recomendação energética, cada caso não deve deixar de ser analisado individualmente e de forma integrativa, considerando todos os aspetos relevantes que possam contribuir para a implementação de um plano nutricional adequado.

2.2– Administração

Após a prescrição de um plano nutricional adequado às necessidades da pessoa em situação crítica, cabe ao Enfermeiro, no caso particular ao EEEMC, implementar os cuidados necessários à sua administração. As sondas naso/orogástricas permanecem como primeira linha de via de acesso à administração, mas perante resíduos gástricos elevados, ou em certas situações particulares, deve considerar-se com a equipa médica colocação de sonda naso/oroentérica: duodenal ou jejunal.

Arribas et al. (2014) indicam como vantagens no uso da sonda naso/orogástrica a possibilidade de administrar maiores volumes, maior osmolaridade e mais fácil posicionamento da sonda, apresentando como desvantagem maior risco de aspiração e de mobilização da sonda. A utilização da via intestinal tem vantagem no menor risco de aspiração e de mobilização acidental da sonda, contudo apresenta a desvantagem de restringir a dieta a formulações isosmolares e o mais complexo processo de posicionamento da sonda. A utilização de fórmulas comerciais administradas de forma contínua controladas por bomba perfusora permitem assegurar uma composição controlada, maior percentagem

de Kcal/ml, segurança microbiológica, osmolaridade baixa, permitindo a colocação de sonda de menor calibre.

No caso da pessoa em situação crítica, Arribas et al. (2014) sugerem que o início da nutrição entérica deve ser efetuado a um ritmo baixo, 20 a 25ml/h, que deve progressivamente ser aumentado na mesma proporção a cada 4 horas, na ausência de sinais de intolerância, até que se atinga a dose alvo prescrita. Para Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020) é recomendada terapia nutricional combinada (Entérica e Parentérica) se a dose alvo não for atingida em 3 dias.

Uma vez que os cuidados de Enfermagem se revelam fulcrais no sucesso da administração da terapêutica nutricional por via entérica, Colaço e Nascimento (2014) descrevem um conjunto de intervenções recomendadas, que se poderiam agrupar numa *bundle* bem evidenciada cientificamente, que para além disso, tem em consideração a sua aplicabilidade e a adesão da equipa para a melhoria dos cuidados prestados. Entre as várias intervenções descritas pelos autores, denota-se a preocupação comum de definir estratégias que permitam evitar a maior complicação da nutrição entérica, a aspiração pulmonar, salientando-se que esta não ocorre apenas quando da aspiração ocasional de grandes quantidades, mas também de microaspirações que ocorrem interrupta e silenciosamente.

Dessa forma podem elencar-se como intervenções de enfermagem mandatárias durante a manutenção da administração de nutrição entérica:

- Verificar o nível da SNG/SOG/SNJ no início de cada turno, avaliando depois continuamente o nível a que se encontra colocada, promovendo a troca da fixação a cada 24 horas;
- Executar cuidados de higiene oral uma vez por turno, bem como de higiene nasal uma vez por dia;
- Manter o leito com elevação mínima da cabeceira a 30°;
- Verificar o volume residual gástrico, gerindo a perfusão da nutrição entérica de acordo com fluxograma do serviço.

A administração de fármacos via gástrica, enquanto ocorre a perfusão da nutrição entérica, deve ser preferencialmente através de suspensões e na sua impossibilidade todas as fórmulas sólidas devem ser trituradas até à fórmula de pó, ressalvando que fármacos não podem ser administrados na via intestinal das SNJ. A administração deve ser antecedida de lavagem da sonda com volume maior que 30 ml de água, repetindo-se a lavagem no final da administração (Arribas et al., 2014).

2.3 Vigilância Volume Residual Gástrico

A introdução da monitorização nas diferentes diretrizes da gestão do suporte nutricional revela-se fundamental com o objetivo de reduzir a diferença entre quantidades prescritas e administradas, especialmente na nutrição entérica. Singer et al. (2019) recomendam medidas de vigilância para garantir o suporte nutricional, prevenindo ou detetando possíveis complicações, monitorizando a resposta à alimentação instituída, integrando nessa avaliação a gestão do Volume Residual Gástrico (VRG).

O VRG para Carvalho et al. (2017) pode ser definido como a quantidade de conteúdo alimentar que permanece no estômago após a alimentação por perfusão contínua. Em pessoas em situações crítica, o atraso no esvaziamento gástrico ocorre com frequência e a avaliação deste parâmetro tem sido utilizada para avaliar a tolerância à nutrição entérica, contudo há pouco consenso nos valores de referência a adotar, o que leva a uma interrupção ou diminuição do volume infundido da terapêutica nutricional. Em média, descrevem Viana, Balinha e Afonso (2017), a pessoa em situação crítica passa mais de cinco horas por dia com o suporte nutricional interrompido, sendo que a mais de metade das pessoas em situação crítica nunca lhe chega a ser administrado o volume alvo necessário para que sejam satisfeitas as suas necessidades nutricionais durante o internamento, contribuindo tal facto para um aporte energético inadequado e, tal como já referido anteriormente, pior prognóstico associado.

Metheny, Stewart e Mills (2012) revelaram no seu estudo que mais de 97% dos enfermeiros monitorizavam a intolerância alimentar apenas com a avaliação do VRG, interrompendo a terapêutica nutricional na maioria das vezes na presença de volumes entre os 200-250 mililitros. Todavia, é imprescindível ter-se consciência de que 80% das monitorizações com um VRG elevado representam episódios isolados, que podem ser explicadas pela influência de múltiplos fatores. Por exemplo, pelo estômago passam diariamente grandes quantidades de secreções endógenas (salivares, gástricas, intestinais, pancreáticas e biliares) que contribuem para um aumento do VRG.

Quando da avaliação do VRG, continuam a realizar-se práticas que descartam o conteúdo gástrico, baseadas na convicção da contaminação possível da sonda ou do risco de infeção, por outro lado, há enfermeiros que o reintroduzem, total ou parcialmente, com vista à manutenção do equilíbrio eletrolítico e das secreções gástricas. A apoiar esta última prática surgem as orientações de McClave et al (2016) e a Canadian Clinical Practice Guidelines (2015) que indicam que a incidência e a severidade do esvaziamento gástrico retardado

mostra-se significativamente menor na pessoa em situação crítica em que o VRG é reintroduzido, não existindo diferenças significativas na intolerância nutricional.

A definição do denominado *cut-off value* para o VRG tem evoluído ao longo deste século, sendo que na primeira década dos anos 2000 se defendia que VRG acima de 150ml constituía intolerância gástrica, tendo-se posteriormente usado como valor de referência um valor superior ao administrado nas últimas duas horas. McClave et al (2005) e Reid (2006) apontam para valores de *cut-off value* entre 200 a 400ml. Em 2016 a ASPEN delimitou que, não existindo outros sinais de intolerância, a interrupção da nutrição entérica deve ser evitada para VRG inferior a <500 mL.

Apesar dessas orientações mais recentes definirem *cut-off value* mais elevados, o estudo de Metheny et al. (2012), efetuado com equipas de Enfermeiros (n=2298) de Unidades de Cuidados Intensivos demonstrou que apenas 12,6% consideravam 500ml o valor de referência para *cut-of value* e em maior número apresentavam-se aqueles que indicavam a interrupção da nutrição entérica com 200 ml (36,5%). Quanto ao intervalo temporal em que deve ser efetuada a avaliação do VRG não existe consenso na literatura atual, contudo, Williams et al. (2014) não relatam diferenças relevantes nas variáveis clínicas e nutricionais quando os intervalos adotados são de 4 h/4h ou de 8 h/8h, pelo que não existindo sinais de intolerância, quando se atinge o valor alvo definido para satisfazer as necessidades nutricionais a frequência de avaliação pode passar a ser efetuada de 12h/12h.

Perante a complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, a existência de protocolos dos serviços de saúde orientados para a prática dos cuidados tende a melhorar os mesmos, refletindo-se numa prestação segura. Araújo et al. (2020) descrevem os protocolos como instrumentos de sistematização que coadjuvam os enfermeiros no planeamento das intervenções de enfermagem, bem como na tomada de decisão clínica. A criação de uma instrução de trabalho relativa à administração da nutrição entérica e avaliação do volume de resíduo gástrico uniformiza os cuidados prestados, fornece uma estrutura que apoia a tomada de decisão relativamente ao esquema de progressão do suporte nutricional entérico e na gestão do VRG, maximizando a eficiência do aporte nutricional, permitindo em última instância a diminuição da morbilidade e mortalidade.

2.4 Instrução de Trabalho

A instrução de trabalho que se apresenta abaixo reflete todos os contributos recolhidos na realização deste trabalho, sendo que será proposta à Enfermeira Gestora da

UCIP para sua apreciação, bem como da equipa de Enfermagem Após a recolha dos contributos de todos, poderá ser elaborada a versão final para aprovação da Direção de Enfermagem da instituição, sendo posteriormente implementada no Serviço.

Administração Nutrição Entérica e Avaliação do Volume de Resíduo Gástrico

1. OBJETIVO

Uniformizar procedimentos relativos à Nutrição Entérica.

Garantir procedimentos seguros na administração de Nutrição Entérica.

2. ÂMBITO

Enfermeiros da UCIP

3. RESPONSÁVEL

Compete ao Enfermeiro Chefe da UCIP a implementação desta Instrução de Trabalho Específica

4. DEFINIÇÕES:

Aspiração Silenciosa – Aspiração que ocorre na ausência de sintomas agudos.

Aspiração Sintomática – Aspiração acompanhada por sintomas clínicos e agudos de tosse, dispneia ou dificuldade respiratória e asfixia

Atitudes Terapêuticas (AT) – prescrições médicas ou diagnósticos médicos dos quais resultam intervenções de enfermagem.

Bsimple– Aplicativo do Processo de Enfermagem

EPI – Equipamento de Proteção Individual

Intervenção de Enfermagem (IE) – Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem

Macroaspiração – Aspiração de um grande volume que é presenciada ou detetada por observação clínica

Microaspiração – Aspiração de um pequeno volume que é usualmente assintomático e não é detetada clinicamente

NE (Nutrição Entérica) – Administração de nutrientes através de uma sonda naso/oro enteral, gastrostomia ou jejunostomia

PE – Processo de Enfermagem

Refluxo – Passagem simples de conteúdo gástrico para o esófago

Regurgitação – Passagem involuntária de conteúdo gástrico para a orofaringe

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SNG – Sonda Nasogástrica.

SNJ – Sonda Nasojejunal.

SOG – Sonda Orogástrica.

Vômito – Passagem de conteúdo gástrico para a orofaringe e é associada com peristaltismo retrógrado e contrações musculares abdominais.

VRG – Volume Residual gástrico.

DE – Diagnóstico de Enfermagem.

A | ORIENTAÇÕES GERAIS

1. A toda a pessoa admitida na UCIP deve ser avaliado o risco nutricional nas primeiras 24 horas de internamento, documentando essa avaliação no PE.
2. O pessoa submetido a NE, necessita de SNG/SOG/ SNJ, Jejunostomia ou Gastrostomia.
3. A SNG/SOG é o recurso habitual para NE, a SNJ e as ostomias são decisões médicas.
4. Em presença de SNG/SOG ou SNJ deve selecionar-se a AT correspondente. As Intervenções de Enfermagem encontram-se associadas. Deve ser documentado:
 - a. Características/localização da sonda (tipo de sonda, calibre, nível e narina se aplicável) na IE.
 - b. Substituição da Sonda – está dependente do tipo e condição da pessoa, sendo que a referência é:
 - i. Sondas 100% silicone – 90 dias;
 - ii. Sondas com revestimento de silicone – 30 dias;
 - iii. Sondas de látex – 10 dias.
 - c. Em presença de Gastrostomia ou Jejunostomia devem selecionar-se as IE relativas à ostomia de alimentação.
4. As dietas a administrar são prescrições médicas, pelo que são efetuadas via Prescrição Eletrónica (BSimple) e administradas pela equipa de Enfermagem.
5. A prescrição da NE deve ser administrada de forma contínua, salvo indicação médica em contrário. O esquema de progressão da NE contínua deve guiar-se pelo fluxograma abaixo discriminado.

B | ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA

1. Durante a administração de NE, o enfermeiro deve assegurar:

1.1. Verificação do VRG 4 horas após início da NE. Os valores de referência para a tolerância são <300ml de conteúdo alimentar/biliar. A presença de sangue de origem esofágica/gástrica é critério para não iniciar NE.

1.2. A verificação do VRG deve ser efetuada por drenagem passiva e/ou através de seringa, sendo que a reintrodução do VRG fica dependente da verificação por seringa.

1.3. A reavaliação do VRG está dependente da tolerância, como guia deve seguir-se o fluxograma.

2. Na manutenção de NE é ainda mandatário:

2.1. Verificar o nível da SNG/SOG/SNJ no início de cada turno, documentando no PE;

2.2. Manter o leito com elevação mínima da cabeceira a 30°.

2.3. Executar/assistir na higiene oral 1 vez por turno.

2.4. Executar higiene nasal com Soro Fisiológico no turno da manhã.

2.5. Quando atingido o valor alvo da NE verificar o resíduo gástrico de 12/12 horas;

2.6. Deve ainda vigiar-se em SOS o conteúdo gástrico na suspeita de intolerância gástrica:

2.6.1. Presença de náuseas, vômitos;

2.6.2. Presença de conteúdo gástrico na cavidade oral;

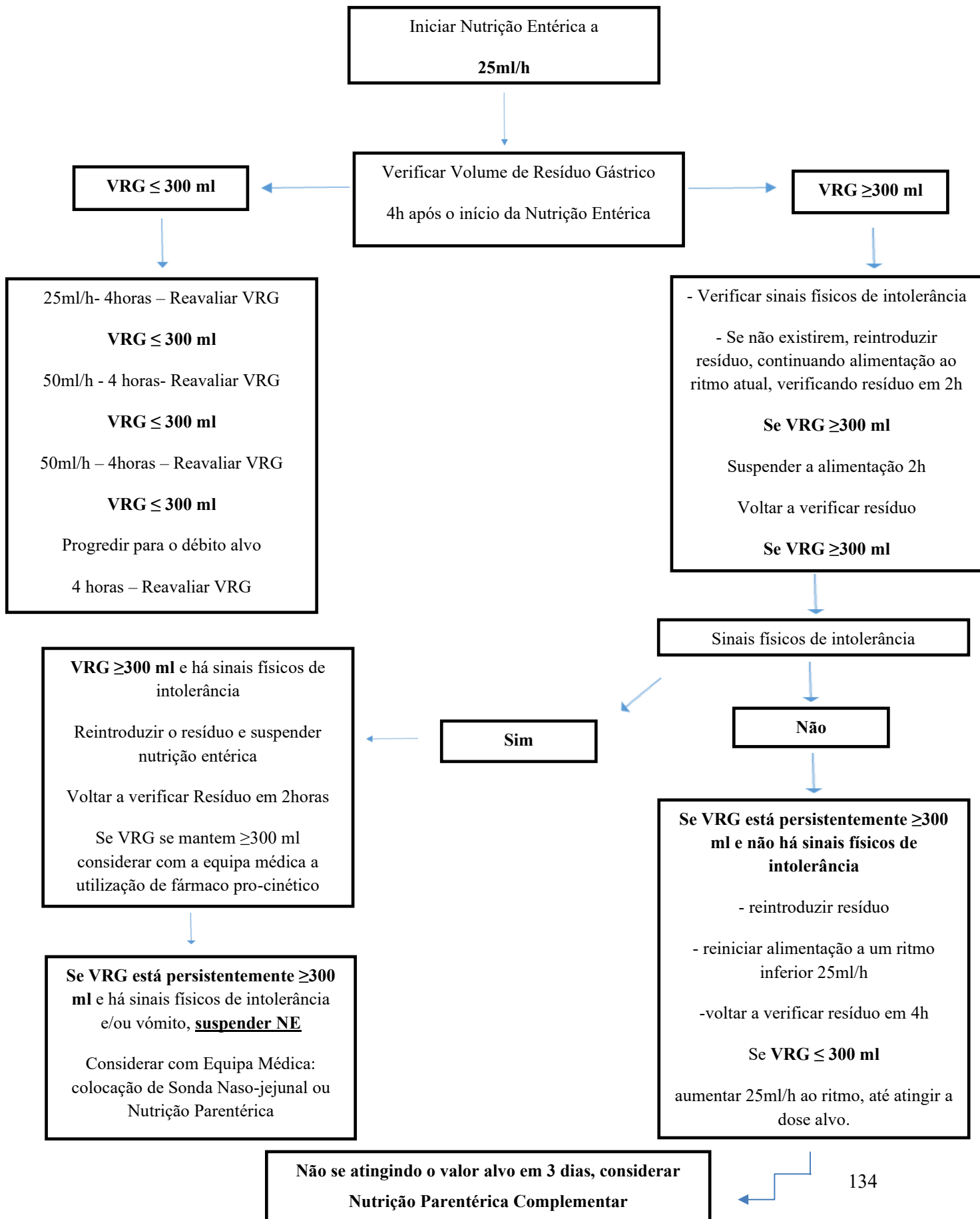
2.6.3. Presença de distensão abdominal;

2.6.4. Presença de dor/desconforto gástrico.

3. Na pessoa com NE na via intestinal não deve monitorizar-se/vigiar-se o resíduo pelo lúmen intestinal, a verificação do VRG é efetuada pela via gástrica da sonda.

4. A Administração de fármacos via gástrica, enquanto ocorre a perfusão da NE, deve ser preferencialmente através de suspensões, na impossibilidade todas as fórmulas sólidas devem ser trituradas até à fórmula de pó. Fármacos não podem ser administrados na via intestinal das SNJ. A administração deve ser antecedida de lavagem da sonda com volume >30 ml de água, repetindo-se a lavagem no final da administração.

C - FLUXOGRAMA



3. Conclusão

Após a realização deste trabalho que alicerçou a construção de uma proposta de Instrução de Trabalho para administração de Nutrição Entérica e Avaliação do Volume de Resíduo Gástrico há um grande sentimento de satisfação, pois este permitiu colocar em prática os conteúdos lecionados no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico Cirúrgica II, partindo deles para a procura de mais conhecimento que permitisse construir um documento baseado na melhor evidência disponível acerca desta temática.

Este trabalho contribuiu igualmente para o meu processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente as competências comuns nos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens. Já no que às competências próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica diz respeito esta temática e a sua implementação na prática do contexto de estágio permitiu-me adequar as intervenções necessárias na prevenção de complicações e instituir os cuidados necessários que facilitassem o processo de transição de doença aguda da pessoa, gerindo da melhor forma processos assistenciais de alta complexidade.

A criação de protocolos estruturados que visem a uniformização dos cuidados prestados é uma mais valia para os Serviço de Cuidados Intensivos, dotando os seus profissionais de documentos baseados nas *guidelines* mais recentes que melhorem a qualidade dos cuidados. Com base nessa orientação e na deteção de um potencial foco de melhoria dos cuidados realizei este trabalho que pretende incorporar nos cuidados à pessoa em situação crítica a preocupação pela avaliação do seu risco nutricional e a gestão adequada da nutrição entérica através de fluxograma de atuação, implementando cuidados de enfermagem que visem evitar a interrupção desnecessária da nutrição entérica e minorar o risco de complicações na pessoa em situação crítica

As várias etapas da realização deste trabalho permitiram sensibilizar-me da importância do papel do Enfermeiro Especialista no seio das equipas de Enfermagem, particularmente no contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica. O EEEMC deve assumir-se como potenciador da qualidade dos cuidados, sendo o farol que guia a equipa

para a prática diária baseada na melhor e mais atual evidência científica aumentando a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, procurando o contributo de todos para a construção de referenciais de suporte aos cuidados prestados.

Este trabalho constituiu, portanto, uma experiência enriquecedora na medida em permitiu dar o meu contributo ao contexto de estágio na mesma medida em que potenciou o processo de desenvolvimento de competências no processo formativo, dotando-me igualmente de conhecimento que permitirá desde já um melhor desempenho dos cuidados na minha prática diária.

4. Referências Bibliográficas

Arabi, Y., Aldawood A., Haddad S., Al-Dorzi, H., Tamim, H., Jones, G. ... & PermiT Trial Group (2015). *Permissive underfeeding or standard enteral feeding in critically ill adults*. N Engl J Med 372:2398–2408. doi:10.1056/NEJMoa1502826

Araújo, M., Acioli, S., Neto, M., Silva, H., Bohusch, G., Rocha, F. & Silva, T. (2020) Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. Cogitare enferm. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.

Arribas, L., Frías, L., Creus, G., Parejo, J., Urzola, C., Ashbaugh, R., ... & Cuerda, C. (2014). *Document of standardization of enteral nutrition access in adults*. Nutricion hospitalaria, 30(1), 1–14. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7446>

Canadian Clinical Practice Guidelines (2015). *Strategies to Optimize the Delivery of EN: Discarding Gastric Residual Volumes*. Crit Care Nutr. Disponível em: <http://www.criticalcarenutrition.com/docs/CPGs%202015/5.6%202015.pdf>

Carvalho, M., Mesquita, A., Henrique, D.; Oliveira, J., Dourado, G. & Santos, D. (2017). *Avaliação de Enfermagem do volume residual gástrico em pacientes críticos: uma revisão integrativa*. Enferm. Foco 2017; 8 (3): 08-13. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.835>

Colaço, A. & Nascimento, E. (2014). *Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva*. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):844-50 www.ee.usp.br/reeusp/. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000010>

Direção Geral de Saúde (2020) - *Terapia Nutricional no Doente com COVID-19, Fase de Mitigação*. Disponível em <https://nutrimento.pt/activeapp/wp->

content/uploads/2021/02/Orientac%CC%A7a%CC%83o_021_2020_act_18_02_2021.pdf

Friesecke, S., Schwabe, A., Stecher, S. & Abel, P. (2014). *Improvement of enteral nutrition in intensive care unit patients by a nurse-driven feeding protocol*. *Nurs Crit Care*, 19: 204-210. <https://doi.org/10.1111/nicc.12067>

Jordan, E. & Moore, S (2020). *Enteral nutrition in critically ill adults: Literature review of protocols*. *Nurs Crit Care*. 2020; 25: 24– 30. <https://doi.org/10.1111/nicc.12475>

Kyle, U., Laurence, G. & Pichard, C. (2005). *Hospital length of stay and nutritional status*. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. 8. 397-402. doi: 10.1097/01.mco.0000172579.94513.db

Lochs, H., Allison, S., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S. ... & Pichard, C. (2006). *Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics*. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 25. 180-6. 10.1016/j.clnu.2006.02.007.

McClave, S., Lukan, J., Stefater, J., Lowen, C., Looney, S., Matheson, P., ... & Spain, D. (2005). *Poor validity of residual volumes as a marker for risk of aspiration in critically ill patients*. *Critical care medicine*, 33(2), 324–330. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000153413.46627.3a>

McClave, S., Taylor, B., Martindale, R., Warren, M., Johnson, D., Braunschweig, C. ... & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)*. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Metheny, N., Stewart B. & Mills, A. (2012). *Blind insertion of feeding tubes in intensive care units: a national survey*. *AJCC*. 2012; 21(5):352-60. DOI: 10.4037/ajcc2012549

Ministério da Saúde (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Ministério da Saúde (2018a). *Despacho n.º 6634/2018*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115652170>

Ministério da Saúde (2018b). *Norma Técnica - Ferramentas a utilizar para a identificação de risco nutricional em Unidades de Saúde Hospitalares*. Disponível em https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/SPMS_2018_NormaTecnica_Avaliac_a_o_Risco_Nutricional_v1.1.pdf

Oliveira, M., Fogaça, K. & Leandro-Merhi, V. (2009). *Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly*. Nutrition journal, 8, 54. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-8-54>

Ordem dos Enfermeiros (2011), *Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série - N.º 135. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento124_2011_competenciasespecificenfpressoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017), *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018), *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série - N.º 135. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n. º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º26. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Pinho, J. (2020), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel Enfermagem

Rattanachaiwong, S., Zribi, B., Kagan, I., Theilla, M., Heching, M. & Singer, P. (2020). *Comparison of nutritional screening and diagnostic tools in diagnosis of severe malnutrition in critically ill patients*. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 39(11), 3419–3425. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.02.035>

Reid, C. (2006). *Frequency of under- and overfeeding in mechanically ventilated ICU patients: causes and possible consequences*. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*, 19(1), 13–22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2006.00661.x>

Reintam-Blaser, A., Starkopf, J., Alhazzani, W., Berger, M., Casaer, M., Deane, A. ... & ESICM Working Group on Gastrointestinal Function (2017). *Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines*. *Intensive care medicine*, 43(3), 380–398. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4665-0>

Salciute-Simene, E., Stasiunaitis, R., Ambrasas, E., Tutkus, J., Milkevicius, I., Sostakaite, G. ... & Kekstas, G. (2021). *Impact of enteral nutrition interruptions on underfeeding in intensive care unit*. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 40(3), 1310–1317. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.08.014>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2020) - *Recomendações de Nutrição Clínica no Doente Crítico COVID-19*. Disponível em <https://www.spci.pt/media/covid-19/infografia-recomendacoes-nutricao-clinica-doente-critico-09-abri-2020.pdf>

Singer, P., Blaser, A., Berger, M., Alhazzani, W., Calder, P., Casaer, M. ... & Bischoff, S. (2019). *ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit*. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>

Viana, J.; Balinha, J. & Afonso, Cláudia (2017). *Monitorização do Volume de Resíduo Gástrico no Doente Crítico*. Acta Portuguesa de Nutrição 10 (2017) 38-42. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.1006>

Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde (2021) – *Guia de Estágio da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório*. Recuperado em: https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-322352-dt-content-rid-1590473_1/courses/2021_2109C60303/Guia_estagio%20-%20UC%20Est%C3%A1gio%20final%20e%20Relat%C3%B3rio%202021-22%20MEMC.pdf

Williams, T., Leslie, G., Mills, L., Leen, T., Davies, H., Hendron, D., & Dobb, G. (2014). *Frequency of aspirating gastric tubes for patients receiving enteral nutrition in the ICU: a randomized controlled trial*. JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 38(7), 809–816. <https://doi.org/10.1177/0148607113497223>

Anexos

Anexo I – Nutricional Risk Screening 2002

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)

Tabela 1*

Rastreio inicial

	SIM	NÃO
1 O IMC é < 20,5?		
2 O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3 O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?		
4 O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)		

SIM: Se a resposta for "Sim" em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.

NÃO: Se a resposta for "Não" para todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

*Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa.

Tabela 2

Rastreio final

DETERIORAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL			GRAVIDADE DE DOENÇA (= AUMENTO DAS NECESSIDADES)		
Ausente	pontuação 0	Estado nutricional normal	Ausente	pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
Ligeira	pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses OU Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	Ligeira	pontuação 1	Fratura da anca*, Doentes crónicos, em particular com complicações agudas: cirrose*, DPOC*, Hemodiálise crónica, diabetes, oncologia.
Moderada	pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses OU IMC 18,5-20,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	Moderada	pontuação 2	Cirurgia abdominal 'major', AVC*, Pneumonia grave, malignidade hematológica
Grave	pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) OU IMC < 18,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 0-25% das necessidades na semana anterior	Grave	pontuação 3	Lesão craneoencefálica*, Transplante de medula óssea*, Doentes de cuidados intensivos (APACHE > 10)
Pontuação		+	Pontuação		= Pontuação total:
Idade	se ≥ 70 anos: adicionar 1 à pontuação total anterior		Idade	= pontuação ajustada para a idade:	

Pontuação ≥ 3: o doente está em risco nutricional e é iniciado um plano de cuidados nutricionais

Pontuação < 3: **repetir rastreio semanalmente**. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade. Os diagnósticos apresentados em itálico são baseados nos padrões de gravidade descritos abaixo.

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

Risco Nutricional é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por stress metabólico associado à condição clínica.

ESTÁ INDICADO UM PLANO DE CUIDADOS NUTRICIONAIS PARA TODOS OS DOENTES QUE ESTÃO COM:

1	Desnutrição grave (pontuação = 3)
2	Doença grave (pontuação = 3)
3	Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
4	Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

Padrões de gravidade de doença:

Pontuação = 1: doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz "levantar do leito" regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação orais, na maioria dos casos.

Pontuação = 2: doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal 'major'. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial.

Pontuação = 3: doente internado em cuidados intensivos, com necessidade de ventilação assistida, etc. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Apêndice III – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Recomendações de boas práticas na manutenção de
acessos vasculares periféricos**

Tiago José Proença Reis

Porto, dezembro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Recomendações de boas práticas na manipulação de
acessos vasculares periféricos**

Tiago José Proença Reis

Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, dezembro de 2021

Lista de Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SF – Soro Fisiológico

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Índice

1. Identificar e descrever o problema na manutenção dos acessos venosos	161
2. Perceber o problema	165
3. Formular objetivos iniciais	173
4. Perceber as causas	175
5. Planeamento atividades.....	179
6. Verificar os resultados e propor novos objetivos.....	181
7. Referências Bibliográficas	183
Apêndices.....	191
Apêndice I – Questionário Acesso Venoso Periférico	193
Apêndice II – Grelha de Auditoria Manutenção Cateter Venoso Periférico	199
Apêndice III – Grelha de Auditoria Registo Manutenção Cateter Venoso Periférico ..	203
Apêndice IV – Resultados do Questionário Acesso Venoso Periférico	207
Apêndice V- Manutenção do Cateter Venoso Periférico – Feixe de Intervenções	213
Apêndice VI – Plano de Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico	217
Apêndice VII – Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico	221
Apêndice VIII – Questionário Avaliação Formação Manutenção Cateter Venoso Periférico	231
Anexos.....	237
Anexo I-Procedimento Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico.....	239
Anexo II – Cartaz 5 Momentos Higiene das Mãos nos Cuidados ao Doente com Cateterismo Venoso Periférico	245

Índice Tabelas

Tabela 1 - Registos da Intervenção – Vigiar local de Inserção do cateter176

Tabela 2 - Cronograma do planeamento de atividades.....179

1. Identificar e descrever o problema descrever o problema na manutenção dos acessos venosos

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica da Universidade Católica Portuguesa realizo estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) [REDACTED]. Neste serviço prestam-se cuidados de saúde a pessoas em situação crítica, que requerem vigilância permanente e maioritariamente requerem suporte tecnológico e terapêutico, pelo que a integração de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da pessoa em situação crítica revela-se fulcral para a diferenciação de competências das equipas. Dessa forma deve o EEEMC ser o garante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, impulsionando, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), iniciativas que promovam práticas de qualidade.

Com o intuito de dar resposta ao objetivo que defini no projeto de estágio que visava implementar práticas impulsionadoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção reuni com os Tutores no sentido de conhecer as políticas já instituídas no serviço, sendo que no âmbito das competências do EEEMC identificaram-se situações de não conformidade na manutenção dos acessos venosos periféricos que poderiam merecer intervenção no sentido de melhorar os cuidados prestados. Essas oportunidades de melhoria tinham também sido identificadas nas auditorias realizadas mensalmente pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA).

Os serviços de cuidados intensivos comparativamente com outros serviços hospitalares apresentam risco de infeção associado aos cuidados de saúde (IACS) entre cinco a dez vezes superior, de acordo com os dados do estudo de Pina, Paiva, Nogueira e Silva (2012). O estudo de prevalência efetuado pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2014) corrobora esses dados, descrevendo que 19,5% das pessoas internadas nesses serviços possui pelo menos uma IACS.

Tais factos acarretam grande impacto para as instituições de saúde pelo aumento de custo associado ao prolongamento do internamento e para a pessoa influencia diretamente o seu prognóstico em termos de morbilidade e mortalidade, emergindo para o EEEMC desafios na implementação de práticas impulsionadoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

O novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 do Ministério da Saúde (2021), na linha do seu antecessor, mantém como objetivo a manutenção de práticas em ambientes seguros, incluindo a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde pelo que a concretização do plano exige das instituições e em última instância dos profissionais a adoção de estratégias diversificadas que permitam atingir os resultados esperados.

No cumprimento do Código Deontológico emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2015) deve o Enfermeiro procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, no caso atuando para prevenir a Infeção, que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem descrita pelo International Council of Nurses (2018) define-se como um processo patológico de invasão do corpo por microrganismos patogénicos, que se reproduzem e multiplicam causando doença por lesão celular local, secreção de toxina ou reações antigénio anticorpo.

Perante o diagnóstico inicial de situação passível de melhoria no âmbito do contexto de estágio e dando resposta ao desenvolvimento de competências do EEEMC como profissional capaz de conceber plano de prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica propus-me a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que denominei “Recomendações de boas práticas na manutenção de acessos vasculares periféricos”. O presente projeto como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na manutenção, reduzindo as complicações associadas a este dispositivo e tem como base o Guião para Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem proposto pela secção regional do sul da Ordem dos Enfermeiros (2013), sendo organizado de forma a que possa continuar a ser implementado no contexto de estágio mesmo após o término deste período.

O projeto organiza-se neste primeiro capítulo de Identificação e Descrição do Problema, posteriormente apresenta-se o capítulo Perceber o Problema onde se contextualizará situacionalmente a temática e se fará a revisão das evidências científicas que sustentam os capítulos seguintes: Formular objetivos iniciais, Perceber as causas,

Planeamento de atividades, Verificar os resultados e propor novos objetivos. A metodologia usada para este trabalho assentou na pesquisa bibliográfica dos estudos relativos à temática em questão nas bases de dados Pubmed e B-On, que permitissem validar as atividades a introduzir na proposta de melhoria.

A proposta de melhoria assenta nas intervenções autónomas de Enfermagem, que se caracterizam por ser independentes e baseadas nas suas qualificações profissionais (Ministério da Saúde, 1996), apoiando-se no corpo próprio de competências e conhecimentos da Profissão e partindo desses para instituir o plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa em situação crítica.

2. Perceber o Problema

O cateter venoso periférico (CVP) é o dispositivo invasivo mais utilizado nos hospitais em todo o mundo (Mattox, 2017), sendo que nos cuidados prestados durante a sua manipulação podem ocorrer múltiplos eventos adversos que devem ser minimizados pela adoção de práticas seguras. Os Enfermeiros, na realidade dos cuidados de saúde em Portugal, são os profissionais de saúde que asseguram os cuidados ao CVP (Nobre & Martins, 2018). pelo que devem garantir o cumprimento das recomendações mais seguras na gestão desde dispositivo.

Ao longo da evolução dos cuidados de saúde a cateterização venosa periférica assumiu uma importância cada vez mais maior dado o seu leque enorme de possibilidades de utilização, tais como por exemplo a reposição de fluidos e/ou eletrólitos, transfusão de sangue, quimioterapia ou a administração de contraste para realização de exames complementares de diagnóstico (Alexandrou et al., 2018)

A cateterização venosa periférica em contexto hospitalar é uma das atividades mais realizadas durante a prestação de cuidados de enfermagem, sendo necessária para a sua concretização eficaz a mobilização de competências técnicas e científicas (Oliveira, Parreira & Veiga, 2012). O procedimento para cateterização venosa periférica encontra-se descrito no Manual de Procedimentos de Enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011), sendo caracterizado pela introdução de um cateter numa veia periférica de forma a obter acesso à rede venosa, sendo desta forma um procedimento complexo, necessitando desde a sua colocação, manutenção e remoção das melhores práticas que evitem complicações.

O CVP apresenta como vantagens relativamente a outros dispositivos de acesso à rede vascular o maior conforto para a pessoa, o menor risco de extravasamento e o facto de conter um filamento radiopaco para fácil localização (New, Webster, Marsh & Hewer, 2014). No que respeita a desvantagens, os mesmos autores descrevem a inserção difícil pela anatomia da pessoa, pela prática do enfermeiro, para além do risco de infeção por acesso direto à rede venosa.

Dessa forma, aquela que é vista como uma desvantagem (risco de infecção), representa igualmente a complicação mais comum dos procedimentos associados ao CVP, pelo que se revela primordial que o Enfermeiro possua as competências que lhe permitam despistar precocemente os sinais de complicações e ao mesmo tempo instituir na sua prática diária as melhores recomendações que possibilitem efetuar a manutenção adequada do CVP. No ambiente hospitalar a inserção de CVP é amplamente realizada, nomeadamente para a administração de terapêutica. Estudos revelam que 58,7% a 86,7% dos pacientes internados para tratamento possui um CVP (Alexandrou et al., 2015). Os cuidados de enfermagem revelam-se essenciais para a prevenção de complicações no âmbito do CVP pela responsabilidade total do Enfermeiro na gestão deste dispositivo médico (Oliveira et al., 2019).

Os principais objetivos que devem ser definidos pelos Enfermeiros de acordo com a Infusion Nurses Society (2016) passam pela prevenção das complicações do CVP: flebite, obstrução, infiltração, lesão mecânica e remoção acidental.

A complicação mais frequente é a flebite, que pode ser definida como uma inflamação aguda de uma veia, caracterizada por edema, dor, desconforto e eritema ao redor do local de inserção do CVP ou ao longo do trajeto da veia, sendo possível a evolução para um cordão venoso palpável (Danski, Johann, Vayego, Oliveira & Lind, 2016). As flebites podem ser classificadas como mecânicas, químicas, infecciosas e tromboflebites. As flebites mecânicas podem surgir por exemplo, decorrentes de uma estabilização desadequada do CVP. Nas flebites químicas, ocorre uma reação química devido à administração de alguns fármacos ou reação ao próprio material do CVP. Nas infecciosas, surge uma infecção que afeta a veia, pela existência de microrganismos. Por fim, nas tromboflebites, a veia encontra-se inflamada ou irritada e ocorre a formação de um coágulo sanguíneo que poderá obstruir a veia (Danski et al., 2016). Quando da retirada de um CVP a vigilância do local de inserção, deve ser prolongada por 48h para despiste de possíveis flebites pós infusionais (Webster, McGrail, Marsh, Wallis, Ray-Barruel & Rickard, 2015).

A Infusion Nurses Society (2016) recomenda uma taxa de flebite inferior a 5%. No entanto, os resultados de vários estudos apontam taxas entre 7% e 68,9% (Abolfotouh, Salam, Bani-Mustafa, White, & Balkhy, 2014; Braga, Parreira, Oliveira, Mónico, Arreguy-Sena, & Henriques, 2018; Souza, Oliveira, Dias & Nicola, 2015). A variabilidade de resultados encontrados relativamente à incidência de flebite, pode ser atribuída à falta de consenso sobre as medidas utilizadas para a avaliação da flebite, dificultando uma

comparação significativa entre as taxas encontradas (Ray-Barruel, Polit, Murfield e Rickard, 2014).

Nesse sentido revela-se primordial o trabalho de Braga et al. (2016) com a tradução e adaptação da *Phlebitis Scale* para a população portuguesa, permitindo dessa forma aos Enfermeiros a uniformização da avaliação do local de inserção dos CVP, detetando precocemente complicações (Figura 1.) No contexto hospitalar a documentação da avaliação efetuada pelos Enfermeiros deve ser registada no plano de cuidados da pessoa com a intervenção “Vigiar Local de Inserção do Cateter” parametrizada no SClinico®.

Graus e critérios clínicos da versão da Escala Portuguesa de Flebite

Grau	Crítérios Clínicos
0	Sem sintomas
1	Dor no local ou áreas adjacentes ao cateter durante a administração de solução ou medicamento, OU Eritema no local do acesso com ou sem dor
2	Dor no local do acesso E edema E eritema
3	Dor no local do acesso E eritema OU edema, E Rubor ao longo do percurso da veia, E Cordão venoso palpável
4	Dor no local do acesso E eritema E/OU edema, E Rubor ao longo do percurso da veia, E Cordão venoso palpável > 2,5 cm de comprimento, E Drenagem purulenta

Figura 1 – Escala Portuguesa de Flebite (Braga et al. (2016)

De acordo com Batista, Moreira, Sousa, Moura, Andrade e Madeira (2018), em caso de flebite deverá imediatamente ser interrompida a terapêutica endovenosa em curso através daquele acesso, remover o mesmo e inserir um CVP noutra local, preferencialmente no membro contra-lateral caso seja possível, aplicando compressas quentes para diminuir o desconforto.

Os procedimentos relacionados com a inserção e remoção do CVP encontram-se definidos pelo Grupo de Coordenação Local da PPCIRA no Procedimento “Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico” (Anexo I), contudo relativamente a recomendações na manutenção do CVP estas não estão descritas neste documento pelo que importa conhecer as orientações mais recentes que possam guiar a criação de um feixe de intervenções que apoie a prática da equipa de Enfermagem.

A manutenção do CVP revela-se primordial na prevenção das complicações atrás referidas e deve integrar um conjunto de intervenções de enfermagem com o objetivo de manter o acesso venoso funcionante, mobilizando competências para a prevenção e o

diagnóstico precoce do aparecimento de sinais inflamatórios que podem levar ao desenvolvimento de flebites (Reis & Carvalho, 2011).

Cabe ao Enfermeiro avaliar diariamente a necessidade de manter o CVP, pela responsabilidade que possui na vigilância dos dispositivos médicos que a pessoa a seu cargo possui. Deve ser ponderado em cada dia o risco benefício de manter o acesso vascular, sendo que por cada dia a mais de permanência da punção acresce o risco de ocorrência de flebites em 33% (Oliveira & Parreira, 2010).

De acordo com O'Grady et al. (2011), nas recomendações do Centers for Disease Control and Prevention, a substituição do CVP deve ocorrer quando surgem sinais e sintomas de flebite ou infecção. Na ausência destes sinais e sintomas e quando ainda clinicamente necessário, não deve ser efetuada a substituição do CVP com maior frequência, do que a cada 72 a 96 horas.

A relação entre o número de CVP's inseridos e a taxa de flebites foi avaliada em estudos que demonstraram uma correlação entre as variáveis, especialmente quando os acessos vasculares se encontravam no mesmo membro (Uslusoy & Mete, 2008). Dessa forma o Enfermeiro deve manter apenas o número de CVP que clinicamente se adequar ao nível de cuidados que a pessoa necessita.

Quando clinicamente justificado, pode o CVP permanecer para além das 96 horas se a pessoa possui uma rede vascular precária que dificulta a punção periférica e o CVP colocado não apresente sinais inflamatórios (O'Grady et al., 2011), por outro lado acessos periféricos que tenham sido colocados em situações de emergência sem os cuidados necessários em termos de assepsia devem ser retirados logo que haja estabilidade clínica (Center of Healthcare, 2019).

Na manutenção do CVP deve o Enfermeiro atender as precauções básicas de controlo de infeção, assim sendo, a higienização das mãos revela-se como a medida mais importante no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, sendo considerado de igual forma uma medida indireta no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2019; O'Grady et al., 2011), devendo ser realizada com água e sabão ou com uma solução de base alcoólica. Esta prática é imprescindível uma vez que o CVP quebra a principal barreira de proteção (pele), permitindo a entrada de microrganismos (Pombeiro, 2012). O'Grady et al. (2011) afirmam que na maioria das infeções relacionadas com CVP, os agentes causadores são originários da flora das mãos dos profissionais, por este motivo, para além lavagem das mãos também se torna imprescindível a adoção da técnica asséptica/ *no touch*.

As orientações para a lavagem das mãos na realidade das instituições de saúde portuguesas encontram-se descritas na norma “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” da DGS (2019), devendo os profissionais de saúde proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos”.

No âmbito dos cuidados ao CVP a Administração Regional de Saúde do Algarve incluiu no “Cinco Momentos” as recomendações para a higienização das mãos neste procedimento, tendo adaptado um cartaz para fácil orientação (Anexo II).

Para além dos cuidados com as boas práticas de controlo de infeção revela-se também primordial que nas manipulações do CVP o Enfermeiro descontamine todas as conexões antes de aceder ao sistema. O’Grady et al. (2011) e Center of Healthcare (2019) recomendam descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, entre outros) por fricção com clorohexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° durante 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo estéril.

Alguns estudos referem que a contaminação superficial dos dispositivos de acesso ao sistema vascular por via do CVP ocorre a devido à exposição ambiental, contacto com a flora residente da pessoa e contacto com a roupa da cama (O’Grady et al., 2011; Rosenthal, 2016). Rossini, Andrade, Santos, Ferreira, Tieppo e Watanabe (2017) referem, no seu estudo que visava verificar a flora microbiana presente em torneiras de três vias, que foram constatados níveis positivos de crescimento de bactérias de 40% em lumens das torneiras de três vias e as amostras da superfície externa revelaram níveis de 100%.

Desse modo, a torneira de três vias, dispositivo estéril que facilita a administração de múltiplos fluidos endovenosos deve ser manipulado com os cuidados já referidos, nomeadamente a descontaminação prévia e deve ser assegurado que quando não em uso os lumens da torneira de três via devem manter as respetivas tampas. (O’Grady et al., 2011). As tampas de plástico devem ser substituídas por novas e estéreis em cada manipulação (Center for Healthcare, 2019).

A válvula anti-refluxo ou obturador é um dispositivo de plástico, dotado de rosca para adaptação ao CVP e com uma válvula unidirecional, que segundo O’Grady et al. (2011) demonstrou ser um importante fator para prevenir a colonização do CVP desde que efetuada a descontaminação recomendada. Na mesma linha, Rosenthal (2020) afirma que as válvulas antirrefluxo parecem ser os dispositivos menos favoráveis à ocorrência de complicações.

A utilização de prolongadores entre o CVP e a torneira de 3 vias não influencia a colonização do CVP (Sousa, Santos, Graveto & Osório, 2013), de tal forma que também Rosenthal (2020) recomenda o seu uso pela manipulação menos próxima do CVP. Oliveira

e Parreira (2010) salientam que num estudo em que a incidência de flebites foi de 12,71%, constatou-se que a percentagem de flebites nas situações em que foram usados prolongadores foi de apenas 1,67%.

Por outro lado, tal como recomenda a norma sobre Prevenção da Infecção relacionada com o cateter venoso periférico elaborada pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte (2015), devem utilizar-se o número mínimo de prolongadores e torneiras de três vias que a situação da pessoa justifique já que estes também funcionam como possível porta de entrada ao sistema vascular. Os sistemas de perfusão, prolongadores e torneiras devem ser trocados sempre que se troca o CVP (Ministério da Saúde, 2006).

Para assegurar uma correta estabilização do CVP e potenciar o seu tempo de permanência deve ser efetuada uma segura e confortável fixação após a colocação do dispositivo. O tipo de penso selecionado pelo Enfermeiro deverá ser estéril e transparente de forma a não impedir a vigilância do local de inserção, permitindo despistar precocemente a presença de sinais inflamatórios, devendo permanecer durante o tempo em que o CVP está colocado (O'Grady et al, 2011). No caso da pessoa se encontrar sudorética ou o local de inserção se encontre sangrante pode ser usado um penso estéril opaco que potencie a fixação, devendo, contudo, este ser substituído às 48h (Pombeiro, 2012). A troca do penso transparente só deverá ser efetuada caso de este se encontrar solto, visivelmente sujo ou húmido, sendo que nos casos em que o local de inserção se encontre com sangue deve ser limpo utilizando soro fisiológico previamente à colocação do novo penso. Por sua vez caso o local de inserção se encontre limpo deve ser aplicado antisséptico de base alcoólica antes da colocação do novo penso (Center of Healthcare, 2019).

A frequência com que se deve vigiar o local de inserção do CVP despistando sinais de possíveis complicações não está uniformizado nas diferentes orientações, sendo em alguns casos estabelecida uma frequência diária, outras recomendações sugerem uma vigilância frequente, com recurso a escalas de avaliação de flebites, sem estabelecer um padrão (O'Grady et. al, 2011; Infusion Nurses Society, 2016). Neste mesmo âmbito, Oliveira e Parreira (2010) alertam para a importância de sensibilizar os enfermeiros para a vigilância precoce dos locais de inserção do CVP, pois num estudo que realizaram a primeira vigilância ocorreu em 19.4% dos casos apenas depois das 24 horas. O Center of Healthcare (2019) recomenda que o local de inserção deva ser avaliado pelo menos de 8 em 8 horas e de hora em hora se estiverem a ser infundidos fluidos contínuos, especialmente em grupos de alto risco, tais como a população pediátrica e geriátrica. Deve igualmente ser efetuado pelo

Enfermeiro o ensino à pessoa para referir qualquer desconforto que sinta, tal como dor, calor, edema ou sangramento (Center for Healthcare, 2019).

O CVP necessita de lavagem regular para se manter permeável, por este motivo, é recomendado o *flushing* (lavagem com pressão positiva) com soro fisiológico a 0,9%, sendo a periodicidade definida em cada instituição (Steffens & Brandão, 2012). O *flushing* é particularmente importante para reduzir o número de potenciais complicações relacionadas com o CVP (Parreira, Marques, Santos-Costa, Sousa, Braga, Apóstolo & Oliveira, 2020). Pombeiro (2012) refere que a realização do *flushing* impede a deposição de fármacos e consequentemente a ocorrência de reações de incompatibilidade nas administrações seguintes, levando à sua obstrução. A lavagem com pressão positiva deve ser realizada após a colocação do CVP, antes e depois da administração de terapêutica intermitentes, entre medicamentos intermitentes, antes e após a colheita de sangue, diariamente quando nenhum fármaco estiver a ser infundido no CVP e este clinicamente ainda se justifique. (Pombeiro, 2012).

O volume de soro fisiológico a injetar para a realização do *flushing* diretamente no CVP deve ser superior a 2ml, contudo deve usar-se uma seringa de 10 ml evitando as de 5ml, uma vez que as seringas de 10 ml exercem uma pressão inferior a 10 psi. As pressões do *flushing* nunca devem exceder as 25 psi de forma a evitar uma pressão excessiva no cateter que resulte num dano no vaso sanguíneo. As seringas de 2ml e 5ml promovem uma pressão superior a 25 psi, pelo que devem ser evitadas (Perucca, 2010). Estas recomendações são em grande parte derivadas de princípios físicos e não foram largamente testadas em ensaios clínicos. Apesar disso na última década diversos laboratórios farmacêuticos comercializam seringas pré-cheias de SF 0,9%, em diâmetros consistentes com uma seringa de 10 ml com preenchimentos de 3, 5 e 10 ml, favorecendo o uso desta seringa em relação a outras de diâmetro menor (Keogh, Flynn, Marsh, Mihala, Davies & Rickard, 2016).

Apesar da importância de os registos de enfermagem estar bem documentada por diferentes autores, existem vários estudos que abordaram os registos no âmbito dos cuidados ao CVP, demonstrando que por vezes os mesmos não eram realizados ou apenas de forma incompleta (Villacampa, 2008).

Dessa forma, tal como em todos os procedimentos associados à prestação de cuidados de enfermagem os registos no âmbito da manutenção do CVP revelam-se fulcrais, permitindo a documentação exata das intervenções de enfermagem efetuadas. Estas devem incluir a vigilância dos sinais inflamatórios do cateter, da integridade do penso, bem como a evidência no momento da remoção do motivo da mesma, sendo que no caso de existirem

sinais/sintomas de complicações deve ser efetuada a sua descrição no plano de cuidados (Roehrs, Taube & Waldrigues, 2012). A ACSS (2011) recomenda o registo da hora, o diagnóstico e as intervenções de enfermagem associadas.

A documentação dos cuidados de Enfermagem, para além do valor legal que apresentam, permitem a comunicação entre os Enfermeiros e as equipas multidisciplinares, possibilitando posteriormente a recolha de dados que demonstrem a efetividade dos cuidados com base nos indicadores de qualidade e a monitorização de eventos adversos. Permitem igualmente a construção de estudos de investigação no âmbito da Enfermagem (Infusion Nurses Society, 2016).

Todas estas recomendações para a prevenção ou minimização da infeção associada ao CVP visam a segurança da pessoa, devendo ser uma preocupação global das instituições de saúde, englobando nos seus planos de formação os procedimentos de inserção, manutenção e otimização dos acessos vasculares, bem como a avaliação periódica da adesão a estas recomendações por parte dos profissionais (Ministério da Saúde, 2006)

3. Formular Objetivos Iniciais

Após a realização do enquadramento bibliográfico que permitiu perceber o problema em questão importa perceber o contexto em que se implementará esta Proposta de Melhoria Contínua. Dessa forma e previamente a delinear os objetivos realiza-se a análise SWOT do projeto. Esta ferramenta terá sido criada entre as décadas de 1960 e 1970 e tem como objetivo facilitar a análise de contexto – tanto externo, quanto interno, permitindo fazer um levantamento das oportunidades, fraquezas, forças e ameaças referentes ao ambiente (Détrie, 2000).

Análise SWOT

<u><i>Strenghts</i></u>	<u><i>Weaknesses</i></u>
<ul style="list-style-type: none">- Apoio da Enfermeira Chefe- Existência de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica- Existência de Enfermeiro Elo de Ligação com a Grupo de Coordenação Local da PPCIRA- Disponibilidade para incluir no plano de formação anual esta temática	<ul style="list-style-type: none">- Resistência à mudança;- Existência de elementos da equipa de enfermagem desmotivados;- Importância menor dada à documentação dos cuidados com CVP.
<u><i>Opportunities</i></u>	<u><i>Threats</i></u>
<ul style="list-style-type: none">- Proposta de atualização do procedimento 47 da PPCIRA com introdução das normas de manutenção do CVP.	<ul style="list-style-type: none">- Manipulação do CVP por profissionais externos ao serviço durante a realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento.

Esta Proposta de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem tem como objetivo contribuir para a otimização dos cuidados prestados à pessoa com CVP no domínio da manutenção, sendo os objetivos gerais descritos como:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na manutenção do CVP;
- Prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com o CVP.

Como objetivos específicos são definidos:

- Elaborar um questionário de diagnóstico situacional;
- Extrair dados relativos à documentação da vigilância do local de inserção do CVP no presente ano;
- Elaborar grelha de auditoria dos cuidados durante a manutenção do CVP;
- Elaborar grelha de auditoria dos registos de enfermagem dedicados à manutenção do CVP;
- Criar um feixe de intervenções para a manutenção do CVP;
- Realizar formação à equipa de enfermagem em contexto e-learning;
- Avaliar os resultados do programa de melhoria contínua.

4. Perceber as Causas

Com o intuito de perceber as causas do problema, para além da revisão bibliográfica já efetuada que forneceu orientações sobre a manutenção do CVP procurou-se usar estratégias que permitissem enquadrar localmente o problema.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), deve procurar auscultar-se as preocupações de todos os membros da equipa, facilitando a identificação das causas que potenciem o problema em questão.

O desenvolvimento das complicações associadas à manutenção do CVP está, como documentado anteriormente, muitas vezes relacionado com fatores que podem ser controlados pelo que é um fator que se enquadra na qualidade e na segurança da pessoa (Souza et al., 2015). Estas preocupações devem ser transversais à equipa pelo que importa que a mesma se sinta parte das soluções a serem adotadas. Com esses pressupostos e com a ideia de potenciar um brainstorming sobre o tema foi construído no Google Forms® um questionário sobre as Práticas de Enfermagem nos Acessos Vasculares (Apêndice I), que permitisse enquadrar os procedimentos já efetuados pela equipa e dando oportunidade a sugestões de melhoria. Foi usada esta metodologia de forma a permitir o anonimato das respostas que evitasse constrangimentos. O preenchimento do formulário foi solicitado à equipa através do envio para o email institucional de cada um dos Enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (2013) salienta a importância de consultar os registos de Enfermagem de forma a verificar no contexto atual o ponto de situação relativo à temática. Esse diagnóstico inicial permitirá ter dados que permitam comparar os resultados com os posteriores à introdução das estratégias de melhoria. Os registos relativos à vigilância do local de inserção do CVP produzem dados relativos à incidência de Flebite num Serviço, representando um importante indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Nobre e Martins, 2018).

Foi dessa forma solicitado aos Serviços de Informática e Controlo de Gestão os dados relativos à vigilância da intervenção “Vigiar local de inserção do cateter” no presente ano, sendo construída a tabela 1 que orientou os dados solicitados.

Tabela 1 - Registos da Intervenção – Vigiar local de Inserção do cateter

		TABELA	VALOR														
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:	9001765 Vigiar local de inserção do cateter	T_ITM	IE														
* Mas apenas interessa o histórico dessa IE, quando tiver sido levantada associada à AT abaixo, essa associação pode ser verificada quando a IE tem por defeito as mesmas “especificações/observações” da AT:																	
ATITUDE TERAPÊUTICA ASSOCIADA:	91000062 CUIDADOS COM CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO	T_ITM	AT														
* E o resultado registado nessa frase de vigilância, de acordo com os valores pré-definidos, tenha sido apenas selecionado 1 ou vários itens:																	
FRASES DE VIGILÂNCIA PRÉ-DEFINIDAS:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ORDEM</th> <th>FRASE DE VIGILÂNCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>com rubor;</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>com edema;</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>com calor;</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>com dor;</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>com infiltração;</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Sem sinais inflamatórios.</td> </tr> </tbody> </table>		ORDEM	FRASE DE VIGILÂNCIA	1	com rubor;	2	com edema;	3	com calor;	4	com dor;	5	com infiltração;	6	Sem sinais inflamatórios.	
	ORDEM	FRASE DE VIGILÂNCIA															
	1	com rubor;															
	2	com edema;															
	3	com calor;															
	4	com dor;															
	5	com infiltração;															
6	Sem sinais inflamatórios.																
INTERVALO DE TEMPO:	Do dia 1 de Janeiro de 2021 até à data atual																
SERVIÇOS:	30801 INT CARDIOLOGIA 30805 INT UCIC																

Com o intuito de conhecer as práticas realizadas pelos Enfermeiros no que diz respeito à manutenção do CVP e à documentação dos cuidados efetuados foram construídas folhas de verificação que serão aplicadas previamente à introdução das estratégias de melhoria e posteriormente na fase de verificação de resultados. Os resultados são obtidos com base em três critérios: Sim, Não e Não Aplicável. Estas grelhas de verificação serão aplicadas em parceria com a Enfermeira responsável pela ligação com o Grupo de Coordenação Local da PPCIRA. As grelhas construídas como folhas de cálculo associadas que permitirão fácil tratamento dos dados encontram-se nos apêndices II e III.

A formação contínua sobre recomendações no âmbito da manutenção dos cuidados prestados à pessoa com CVP demonstra um impacto considerável na redução do desenvolvimento de complicações (Center of Healthcare, 2019). Tal recomendação pode apoiar-se também no trabalho de Oliveira e Parreira (2010) que salienta que o conhecimento científico dos Enfermeiros relativamente normas de manutenção e possíveis complicações

associadas ao CVP, nomeadamente a flebite, parecem ser em alguns casos insuficientes ou nem sempre aplicados na prática diária dos cuidados de Enfermagem (Oliveira e Parreira, 2010). Os dados obtidos no questionário diagnóstico (apêndice IV), vêm apoiar a necessidade de criar formação sobre a temática, com mais de 50% dos Enfermeiros a identificar necessidade de formação sobre o tema.

Ainda neste âmbito, O’Grady et al. (2011) menciona a necessidade de formar os profissionais de saúde, no caso particular os Enfermeiros, para os cuidados com o CVP e sobre as medidas de controlo de infeção, sendo necessária a avaliação periódica dos conhecimentos. Na mesma linha, o Ministério da Saúde (2006) salienta no seu documento “Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos Vasculares” a importância de implementar formação contínua e treino aos profissionais de saúde neste âmbito para prevenir as infeções relacionadas.

Oliveira e Parreira (2010) descrevem que a prática de cuidados com o objetivo de diminuir complicações do CVP deve ser suportada em conhecimento e deverá ocorrer formação contínua, uma vez que as evidências que suportam *guidelines* vão sofrendo alterações. Pombeiro (2012) defende que a criação de protocolos no âmbito da manutenção do CVP é uma estratégia importante para a prevenção e diminuição das complicações inerentes a este procedimento. Também Crozeta e Roehrs (2012) apontam a uma prática baseada na evidência, apoiada em estratégias que facilitem a implementação pela equipa na prática diária dos cuidados de Enfermagem.

Com o intuito de uniformizar os cuidados prestados construiu-se um feixe intervenções (Apêndice V) no âmbito da manutenção do CVP que será partilhado com a equipa através de formação em contexto e-learning assíncrono. A opção pela formação em contexto e-learning assentou na existência da plataforma Moodle® disponibilizada pelo Hospital, permitindo à equipa assistir à formação mediante a sua disponibilidade. Esta plataforma permite alocar no mesmo local os objetivos da formação (Apêndice VI), o seu conteúdo (Apêndice VII), bem como aplicar um questionário de avaliação dos conteúdos fornecidos (Apêndice VIII). A avaliação da formação pelos Enfermeiros será efetuada utilizando documento próprio da instituição.

5. Planeamento Atividades

Com base nos objetivos traçados e nas atividades desenvolvidas construiu-se o cronograma que apoiará o desenvolvimento do Programa de Melhoria Contínua, que tem como espaço temporal de atuação de seis meses.

Tabela 2 - Cronograma do planeamento de atividades

	2020		2021			
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril
Realizar Atividade Diagnóstica						
Efetuar enquadramento bibliográfico						
Construir Feixe de Intervenções						
Construir Formação E-Learning						
Verificação de práticas de manutenção do CVP previamente à formação						
Disponibilizar Formação E-learning						
Construir proposta de revisão do procedimento “Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico”						
Verificar práticas de manutenção do CVP posteriormente à formação						
Verificar os resultados obtidos						
Divulgar os resultados obtidos à equipa						

6. Verificar os Resultados e Propor Novos Objetivos

Desde o início do século vários estudos demonstram que o risco de infecção diminui quando existe uniformização das práticas efetuadas pelas equipas de Enfermagem na gestão dos dispositivos médicos invasivos. A criação de protocolos estruturados que visem a uniformização dos cuidados prestados é uma mais valia para os Serviços, dotando os seus profissionais de documentos baseados em *guidelines* que melhorem a qualidade dos cuidados. Nesse sentido o feixe de intervenções sugerido nesta proposta de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem deve ser verificado, nomeadamente quanto à adesão dos Enfermeiros na manutenção do CVP efetuada na prática diária.

Os resultados obtidos na verificação final devem ser comparados com os prévios à implementação do Feixe de Intervenções, tendo por base a procura de uma conformidade total na aplicação das grelhas de verificação superior a 90%.

No final de 2022 importará recolher novamente os dados relativos à documentação da intervenção de enfermagem “Vigiar o local de inserção do cateter” associada à atitude terapêutica “Cuidados à pessoa com cateter venoso periférico”, comparando com os dados obtidos previamente ao programa de melhoria contínua. Esses dados documentarão a taxa de flebite associada aos cuidados com o CVP no serviço, ressaltando que a existência de um valor superior de incidência pode dever-se a aumento da documentação que anteriormente poderia ser descurada.

A análise multifatorial dos dados recolhidos devem guiar a concretização de novos objetivos no âmbito do programa de melhoria, identificando as oportunidades que emergem desses, não descurando a manutenção da formação contínua neste âmbito, uma vez que o desenvolvimento de competências dos Enfermeiros conduzirá de certo a cuidados mais seguros.

A divulgação junto da equipa de Enfermagem dos resultados obtidos deve ser uma preocupação, reforçando o vínculo dos profissionais com as estratégias de melhoria da qualidade no serviço, enfatizando os progressos conseguidos e as oportunidades de melhoria passíveis de atingir em conjunto. Esse fato alinha-se com o defendido por O'Grady et al. (2011), em que os responsáveis das instituições de saúde devem divulgar os resultados das investigações e dos cuidados realizados.

7. Referências Bibliográficas

Abolfotouh, M., Salam, M., Bani-Mustafa, A., White, D., & Balkhy, H. (2014). *Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications*. *Therapeutics and clinical risk management*, 10, 993–1001. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S74685>

Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Recuperado em http://cdi-esss.weebly.com/uploads/5/3/6/8/53684907/manual_enfermagem_15_07_2011.pdf

Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P., Frost, S., Inwood, S., Higgins, N., ... Rickard, C. (2015). *International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters*. *Journal of hospital medicine*, 10(8), 530–533. <https://doi.org/10.1002/jhm.2389>

Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P., Frost, S., Inwood, S., Higgins, N., ... OMG Study Group. (2018). *Use of short peripheral intravenous catheters: Characteristics, management, and outcomes worldwide*. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), 1–7. doi:10.12788/jhm.3039

Batista, O., Moreira, R., de Sousa, A., Moura, M., Andrade, D. & Madeira, M. (2018). *Complicações locais da terapia intravenosa periférica e fatores associados em hospital brasileiro*. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1246>

Braga, L., Oliveira, A., Henriques, M.; Rodrigues, M., Rodrigues, C., Pereira, S. ... Parreira, P. (2016). - *Tradução e adaptação da Phlebitis Scale para a população portuguesa*. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 4. 101-109. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16048>

Braga, L., Parreira, P., Arreguy-Sena, C., Carlos, D., Mónico, L. & Henriques, M. (2018). *Taxa de incidência e o uso do flushing na prevenção das obstruções de cateter venoso periférico*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4). doi:10.1590/0104-07072018002810017

Center of Healthcare (2019). *Recommendations for the prevention of infection in intra-vascular device - Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*. Recuperado em www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/932830/intra-vascular-devices.pdf

Centro Hospitalar Lisboa Norte (2015). *Prevenção da infeção relacionada com cateteres vasculares*. Recuperado em https://www.chln.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Prevencao_infecao_cateteres_vasculares_APROVADA.pdf

Danski, M., Johann, D., Vayego, A., Oliveira, G. & Lind J. (2016). *Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado*. *Acta Paul Enferm.* 29(1):84-92. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0084.pdf>

Détrie, J.P. (2000) *Strategor - Política da Empresa*. Lisboa: Dom Quixote

Direção Geral de Saúde (2019). *Norma 007/2019 – Higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Recuperado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

European European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Annual epidemiological report Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*. Recuperado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-resistance-annual-epidemiological-report.pdf>

Infusion Nurses Society (2016). *Infusion nursing standards of practice*. *J Infus Nurs*. Disponível em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

Internacional Council of Nurses (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Keogh, S., Flynn, J., Marsh, N., Mihala, G., Davies, K. & Rickard, C. (2016). *Varied flushing frequency and volume to prevent peripheral intravenous catheter failure: a pilot, factorial randomised controlled trial in adult medical-surgical hospital patients*. *Trials*, 17(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1470-6>

Mattox, E. (2017). *Complications of Peripheral Venous Access Devices: Prevention, Detection, and Recovery Strategies*. *Critical care nurse*, 37(2), e1–e14. <https://doi.org/10.4037/ccn2017657>

Ministério da Saúde (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Ministério da Saúde (2006). *Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares*. Recuperado em <https://www.yumpu.com/pt/document/read/14956240/recomendacoes-para-prevencao-da-infeccao-associada-umcci/3>

Ministério da Saúde (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Recuperado em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Nobre, A., & Martins, M. (2018). *Prevalência de flebite da venopunção periférica: Fatores associados*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 127-138. doi:10.12707/RIV17058

New, K., Webster, J., Marsh, N., Hewer, B on behalf of the Royal Brisbane and Women's Hospital Intravenous Access Research Council (2014). *Intravascular device use, management, documentation and complications: a point prevalence survey*. *Australian Health Review* 38, 345-349. Recuperado em: <https://doi.org/10.1071/AH13111>

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S. ... Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2011). *Guidelines for the prevention of*

intravascular catheter-related infections. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Oliveira, A. & Parreira, P. (2010). *Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos*. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. serIII. 137-147. DOI: 10.12707/RIII1027

Oliveira, A., Parreira, P. & Veiga, P. (2012). *Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 32-39. Recuperado em <http://www.ajan.com.au/Vol30/Issue2/4Salgueiro-Oliveira.pdf>

Oliveira, A., Costa, P., Graveto, J., Costa, F.; Osório, N., Cosme, A. ... Parreira, P. (2019). *Práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa: um estudo descritivo*. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 21 - ABR./MAI./JUN. 2019* <https://doi.org/10.12707/RIV19006>

Ordem dos Enfermeiros (2011), *Regulamento n. º124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional Sul (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado de www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Recuperado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017), *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018), *Regulamento n. º429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série - N.º 135. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n. º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º26. Recuperado em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Pérez-Granda, M., Guembe, M., Rincón, C., Muñoz, P. & Bouza, E. (2014). *A prevalence survey of intravascular catheter use in a general hospital*. J Vasc Nov/Dec 15(6):524-8. Recuperado em: <https://doi.org/10.5301/jva.5000272>

Parreira, P., Marques, I., Santos-Costa, P., Sousa, L., Braga, L., Apóstolo, J. ... Oliveira, A. (2020). *Peripheral intravenous catheter flushing: a scoping review protocol*. Revista de Enfermagem Referência, 5(1), e19066. doi: 10.12707/RIV19066

Perucca, R (2010). Peripheral venous access devices. In: Alexander M, Corrigan A, Gorski L, Hankins J, Perucca R, (eds). *Infusion nursing: an evidence-based approach*. (pp 456–479). 3rd ed. St louis: Saunders/Elsevier.

Pina, E., Paiva, J., Nogueira, P. & Silva, M. (2012). *Prevalência da infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde

Pinho, J. (2020), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel Enfermagem

Pombeiro, E. (2012). Manutenção de Cateteres Vasculares Periféricos: Um desafio para a Equipe de Enfermagem. IN W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.117-129). São Paulo: Martinari.

Ray-Barruel, G., Polit, D., Murfield, J. E., & Rickard, C. (2014). *Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review*. Journal of evaluation in clinical practice, 20(2), 191–202. <https://doi.org/10.1111/jep.12107>

Reis, P., & Carvalho, E. (2011). *Flebite secundária à inserção de cateter venoso periférico: aspectos relevantes para a assistência de enfermagem*. Revista de Enfermagem UFPE On Line, 5(1), pp.134-39. Recuperado em <https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/biblio-1033059>

Roehrs, H., Taube, S., & Waldrigues, M. (2012). Anotação de Enfermagem e sua Interface com a Terapia Intravenosa. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.377-402). São Paulo: Martinari.

Rosenthal, V. (2016). *International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) resources: INICC multidimensional approach and INICC surveillance online system*. American journal of infection control, 44(6), e81–e90. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.01.005>

Rosenthal, V. (2020). *Clinical impact of needle-free connector design: A systematic review of literature*. The journal of vascular access, 21(6), 847–853. <https://doi.org/10.1177/1129729820904904>

Rossini, F., Andrade, D., Santos, L., Ferreira, A., Tieppo, C., & Watanabe, E. (2017). *Microbiological testing of devices used in maintaining peripheral venous catheters*. Revista latino-americana de enfermagem, 25, e2887. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1528.2887>

Sousa, P., Santos, D., Graveto, J., & Osório, N. (2013). *Análise microbiológica em cateteres venosos periféricos: diversidade microbiana e virulência*. Coimbra: ESTeSC.

Souza, A., Oliveira, J., Dias, D. & Nicola, A. (2015). *Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário*. Rev Rene. Jan-Fev; 16 (1). pp. 114-122. Recuperado em <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2670/2055>

Steffens, A., & Brandão, D. (2012). Introdução à Terapia intravenosa: visão global. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (pp.33-44). São Paulo: Martinari.

Villacampa, E. (2008). *Nursing treatment for patients who have a peripheral catheter which permits blood vessel access installed*. Revista de Enfermeria (Barcelona, Spain). Feb;31(2):53-60. Recuperado em <https://europepmc.org/article/MED/18496968>

Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde (2021) – *Guia de Estágio da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório*. Recuperado em: https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-322352-dt-content-rid-1590473_1/courses/2021_2109C60303/Guia_estagio%20-%20UC%20Est%C3%A1gio%20final%20e%20Relat%C3%B3rio%202021-22%20MEMC.pdf

Uslusoy, E., & Mete, S. (2008). *Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(4), 172–180. Recuperado em: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00305.x>

Webster, J., McGrail, M., Marsh, N., Wallis, M., Ray-Barruel, G. & Rickard, C. (2015). *Postinfusion phlebitis: incidence and risk factors*. Nurs Res Pract Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/691934/>

Apêndices

Apêndice I – Questionário Acesso Venoso Periférico

Acesso Venoso Periférico

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa realizo estágio na [REDACTED]

Este questionário tem como objetivo conhecer as práticas efetuadas pelos Enfermeiros na manutenção dos acessos venosos periféricos.

O questionário é anónimo, visando recolher dados que permitam construir um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Tempo de preenchimento aproximadamente 2 minutos.

Grato desde já pela colaboração.

Tiago Reis, Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem

***Obrigatório**

1. Avalia diariamente a necessidade de manter o cateter venoso periférico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. Higieniza as mãos antes de manipular o cateter venoso periférico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Avalia com regularidade o local de inserção do cateter venoso periférico para despiste de complicações? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

-
4. Antes de aceder ao cateter venoso periférico para verificar a sua permeabilidade descontamina as membranas, conexões ou torneiras com: *

Marcar apenas uma oval.

- Álcool a 70%
- Clorhexidina a 2%
- Não descontamina
- Outro: _____

5. Para verificar a permeabilidade do cateter venoso periférico faz um "flush" de SF 0,9% com seringa de *

Marcar apenas uma oval.

- 2ml
- 5ml
- 10ml

6. Substitui o penso do cateter venoso periférico *

Marcar apenas uma oval.

- Diariamente
- Em SOS

7. Se o local de inserção do cateter venoso periférico se encontrar com vestígios de sangue efetua a limpeza com *

Marcar apenas uma oval.

- Clorhexidina a 2%
- Soro Fisiológico 0,9%
- Outro: _____

8. No caso de deteção de complicação que implique a remoção do cateter venoso periférico documenta no processo do utente o motivo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Sente necessidade de formação acerca dos procedimentos relacionados com o cateter venoso periférico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Na sua opinião as complicações associadas ao cateterismo venoso periférico são maioritariamente: *

Marcar apenas uma oval.

Infeciosas (associadas à contaminação bacteriana)

Químicas (associadas à administração de fármacos irritantes/vesicantes)

11. Na sua opinião de que forma o procedimento associado à manutenção do cateter venoso periférico poderia ser melhorado no seu serviço. *

Apêndice II – Grelha de Verificação Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Manutenção do Cateter Venoso Periférico													
Nº	Manutenção do CVP	Total S/NA	Total N	Total	% Sim	% Não							
1	Higiene as mãos	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
2	Reúne o material adequado	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
3	Explica o procedimento ao doente e solicita a sua colaboração	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
4	Higiene as mãos	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
5	Descontamina os pontos de acesso dos sistemas /prolongadores com antisséptico de base alcoólica e deixa seca, previamente à administração	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
6	Verifica a permeabilidade do CVP com flushing de SF 0,9%	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
7	Substitui material de fixação, quando necessário	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
8	Se CVP visivelmente sujo, molhado ou descolado a limpeza do local de inserção é efetuado com soro fisiológico 0,9%	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
9	Desinfecta o local de inserção com antisséptico de base alcoólica antes da colocação do novo penso estéril transparente	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
10	Administra flushing de SF a 0,9% após a administração de fármacos intermitentes	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
11	Mantém a técnica asséptica/no touch	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
12	Na presença de sinais inflamatórios remove o CVP	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
13	Rejeita os resíduos para o contentor adequado	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
14	Higiene as mãos	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!							
		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Conformidade Auditoria											
Legenda													#DIV/0!
SIM/NA													% Conf
Não													% Não Co
		1											
		0											

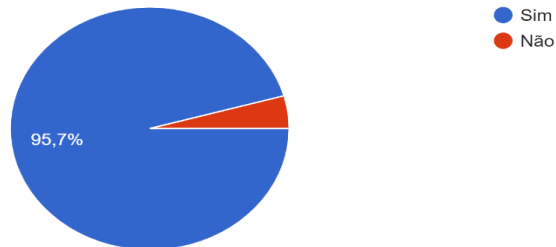
Apêndice III - Registo das Intervenções Associadas à Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Registros das Intervenções associadas à manutenção do CVP									
Nº	Registros de Intervenções	Total NA	Total N	Total	% Sim	% Não			
1	Regista a intervenção vigiar local de inserção do cateter	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			
2	Regista a intervenção vigiar penso cateter venoso periférico	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			
3	Regista a intervenção otimizar cateter venoso periférico	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			#DIV/0!
4	Regista a Atitude Terapeutica cuidados à pessoa com cateter venoso periférico	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			% Conf
5	A Atitude Terapeutica Cuidados à pessoa com cateter venoso periférico tem especificações associadas	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			% Não Conf
6	No caso de remoção do Cateter regista a intervenção Remover o Cateter Periférico em SOS	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			
7	No caso de remoção do Cateter documenta o motivo da retirada	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			
8	Na presença de mais um Cateter Venoso Periférico as atitudes terapêuticas e intervenções estão identificadas separadamente	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			
	Conformidade Auditoria	0%	0%	0%					
	LEGENDA								
	SIM/NA	1							
	Não	0							

Apêndice IV – Resultados do Questionário Acesso Venoso Periférico

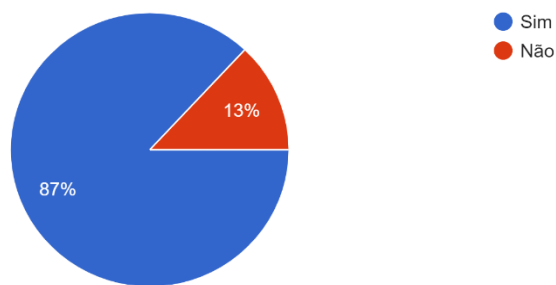
Avalia diariamente a necessidade de manter o cateter venoso periférico?

23 respostas



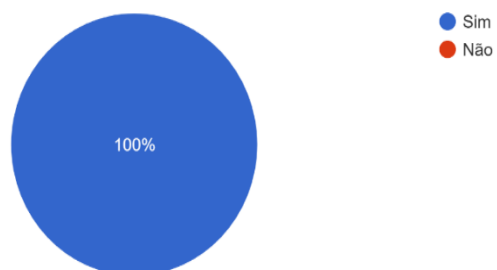
Higieniza as mãos antes de manipular o cateter venoso periférico?

23 respostas



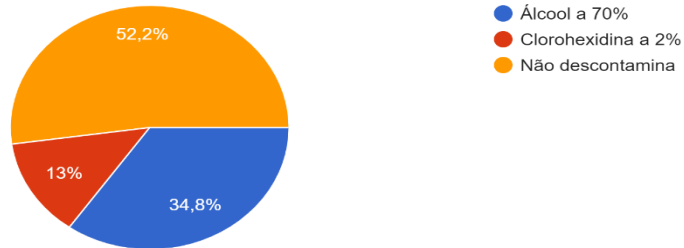
Avalia com regularidade o local de inserção do cateter venoso periférico para despiste de complicações?

23 respostas



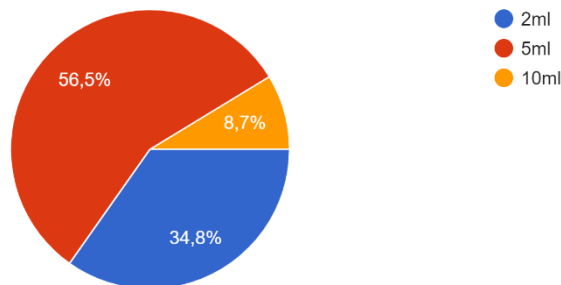
Antes de aceder ao cateter venoso periférico para verificar a sua permeabilidade descontamina as membranas, conexões ou torneiras com:

23 respostas



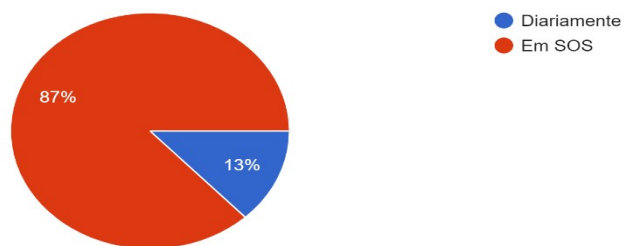
Para verificar a permeabilidade do cateter venoso periférico faz um "flush" de SF 0,9% com seringa de

23 respostas



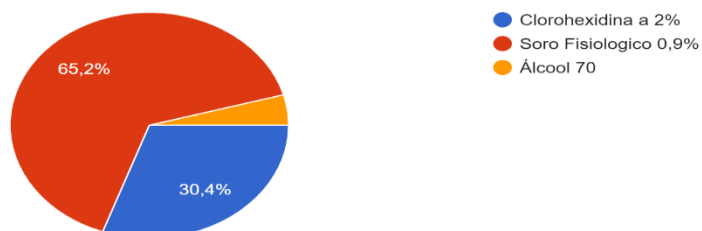
Substitui o penso do cateter venoso periférico

23 respostas



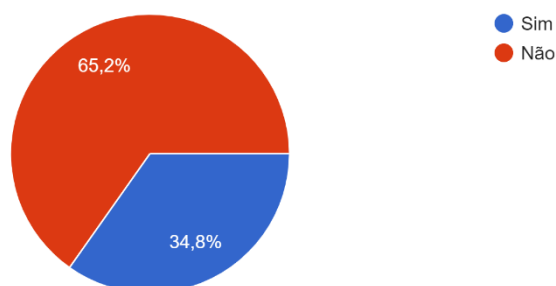
Se o local de inserção do cateter venoso periférico se encontrar com vestígios de sangue efetua a limpeza com

23 respostas



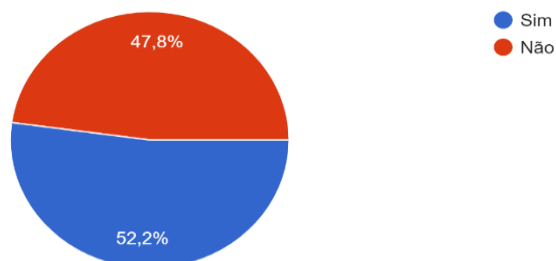
No caso de deteção de complicação que implique a remoção do cateter venoso periférico documenta no processo do utente o motivo?

23 respostas



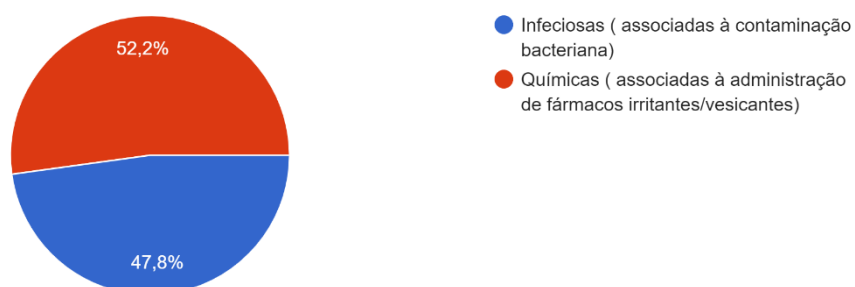
Sente necessidade de formação acerca dos procedimentos relacionados com o cateter venoso periférico?

23 respostas



Na sua opinião as complicações associadas ao cateterismo venoso periférico são maioritariamente:

23 respostas



Na sua opinião de que forma o procedimento associado à manutenção do cateter venoso periférico poderia ser melhorado no seu serviço.

23 respostas

- 1-cumprir as indicações recomendadas pelo pcira
- 2-Todos os profissionais avaliarem com regularidade o local de inserção do cvp
- 3-Com formação sobre o tema
- 4-Na minha opinião, tudo passa pelo registo das intervenções realizadas e não com a otimização do mesmo
- 5-definição clara das guidelines de manutenção do cvp
- 6-definição de orientações claras relativas à manutenção do cvp
- 7- Sendo efetuada a correta descontaminação do acesso antes da sua utilização, lavagem da acesso com sf após utilização do mesmo.
- 8-O procedimento aparentemente está estruturado conforme as necessidades e os princípios essenciais dos cuidados a ter com o manuseamento e manutenção, a gestão do tempo e a organização do serviço nem sempre propicia a correta implementação dos procedimentos.
- 9-Maior adesão as boas praticas
- 10-Não vejo necessidade de melhoria nesse sentido
- 11-O doente só deveria ter o acesso quando tivesse o uso dele e diminuir o número deles pelo doente
- 12-Reforço de formação em contexto informal, i.e. passagens de turno
- 13-Podia ser melhorado se todos os enfermeiros verificassem no turno da manhã ou em Sos a permeabilidade do Cateter
- 14-Mais formações acerca do CVP
- 15-Formação
- 16-Melhorado no âmbito do registo dos mesmos. (por exemplo: a sua remoção ou a sua inserção)
- 17-Formação e aumento dos rácios
- 18-Uniformização das práticas através de formação
- 19-Sim poderia se evitar CVP apenas para medicação como pantoprazol
- 20-O procedimento tem de ser revisto e após dar a conhecer a equipe para todos termos conhecimento do mesmo
- 21-trabalho no serviço há + de 10 anos e sinto que a prática segura de manipulação de cv se tem aprimorado desde então. De momento não me ocorre nenhum tópico a ser limado
- 22-Diluir adequadamente a terapeutica
- 23-A retirada de CVP o mais precocemente possível.Doentes que são transferidos da Uci para a enfermaria sem medicação EV e que na maior parte das vezes têm 2,3 e até 4 CVP.É necessária uma maior atenção dessa necessidade

Apêndice V- Manutenção do Cateter Venoso Periférico – Feixe de Intervenções

Manutenção do Cateter Venoso Periférico - Feixe de Intervenções



Apêndice VI – Plano de Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Plano de Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Tema – Manutenção do Cateter Venoso Periférico – Feixe de Intervenções

Duração – 1 Hora (Regime E-learning assíncrono)

Local – Plataforma Moodle

Destinatários – Enfermeiros

Fundamentação - A formação contínua sobre recomendações no âmbito da manutenção dos cuidados prestados à pessoa com Cateter Venoso Periférico (CVP) demonstra um impacto considerável na redução do desenvolvimento de complicações (Center of Healthcare, 2019.) Tal recomendação pode apoiar-se também no trabalho de Oliveira e Parreira (2010) que salientam que o conhecimento científico dos Enfermeiros relativamente a normas de manutenção e possíveis complicações associadas ao CVP, nomeadamente a flebite, parecem ser em alguns casos insuficientes ou nem sempre aplicados na prática diária dos cuidados de Enfermagem. Os dados obtidos no questionário diagnóstico do Programa de Melhoria Contínua vêm apoiar a necessidade de criar formação sobre a temática, com mais de 50% dos Enfermeiros a identificar necessidade de formação sobre o tema.

Objetivos Gerais - Uniformizar os cuidados de enfermagem na manutenção do CVP; Prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com o CVP.

Objetivos Específicos - Apresentar o feixe de intervenções associado à manutenção do CVP; Expor a evidencia que justifica cada intervenção do feixe.

Metodologia – Método Expositivo.

Medidas Corretivas a Implementar - Adesão ao feixe de intervenções no âmbito da manutenção do CVP com conformidade superior 90%; melhorar os registos de enfermagem no âmbito da manutenção do CVP; diminuir a incidência de flebite associada ao CVP.

Conteúdos Programáticos - Justificação da avaliação diária da necessidade de manter o CVP; Importância das precauções básicas do controlo de infeção e da técnica assética/*no touch*; Relevância da descontaminação das conexões do CVP; Despiste precoce de complicações; Fixação do CVP; Vantagens do *flushing* de SF 0,9% na manutenção do CVP; Registos de Enfermagem e a sua importância no âmbito da manutenção CVP.

Avaliação: Preenchimento de questionário via Google Forms®

Formadores: Enfermeiro Tiago José Proença Reis; 

Meios - Computador

Apêndice VII – Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Manutenção do Cateter Venoso Periférico



Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Objetivos Gerais

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na manutenção do CVP
- Prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com o CVP

Objetivos Específicos

- Apresentar o feixe de intervenções associado à manutenção do CVP
- Expor a evidencia que justifica cada intervenção do feixe



Manutenção do Cateter Venoso Periférico

- O CVP é o dispositivo invasivo mais utilizado nos hospitais em todo o mundo (Mattox, 2017)
- Estudos revelam que 58,7% a 86,7% dos pacientes internados possui um CVP (Alexandrou et al., 2015)

Vantagens:

- maior conforto para o utente
- o menor risco de extravasamento
- conter um filamento radiopaco para fácil localização

Desvantagens

- Difícil inserção em casos de rede vascular precária
- Risco de infecção por acesso direto à rede venosa

(New, K., Webster, J., Marsh, N., Hewer, B on behalf of the Royal Brisbane and Women's Hospital Intravenous Access Research Council (2014)

3

Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Prevenção de complicações

Flebite, obstrução, infiltração, lesão mecânica e remoção acidental.

(Infusion Nurses Society, 2016)



Inflamação aguda de uma veia, caracterizada por edema, dor, desconforto e eritema ao redor do local de inserção do CVP ou ao longo do trajeto da veia, sendo possível a evolução para um cordão venoso palpável

(Danski, Johann, Vayego, Oliveira e Lind, 2016).

-
- Mecânicas
 - Químicas
 - Infeciosas
 - Tromboflebitis

4

Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Escala Portuguesa de Flebite

Graus e critérios clínicos da versão da Escala Portuguesa de Flebite

Grau	Crítérios Clínicos
0	Sem sintomas
1	Dor no local ou áreas adjacentes ao cateter durante a administração de solução ou medicamento, OU Eritema no local do acesso com ou sem dor
2	Dor no local do acesso E edema E eritema
3	Dor no local do acesso E eritema OU edema, E Rubor ao longo do percurso da veia, E Cordão venoso palpável
4	Dor no local do acesso E eritema E/OU edema, E Rubor ao longo do percurso da veia, E Cordão venoso palpável > 2,5 cm de comprimento, E Drenagem purulenta

Braga et al. (2016)

5



Manutenção do Cateter Venoso Periférico - Feixe de Intervenções



6

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções

- Quando ainda clinicamente necessário e na ausência de sinais e sintomas de complicações não deve ser efetuada a substituição do CVP antes das 72 a 96 horas.

(O'Grady et al., 2011)



- Por cada dia a mais de permanência do CVP acresce o risco de 33% na ocorrência de flebites

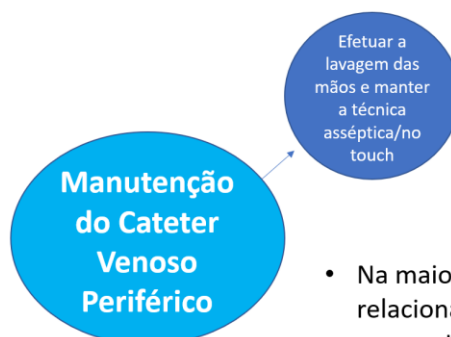
(Oliveira & Parreira, 2010).

7

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções

- A medida mais importante no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, sendo considerado de igual forma uma medida indireta no controlo das resistências aos antimicrobianos, devendo ser realizada com **água e sabão** ou com uma **solução de base alcoólica**.

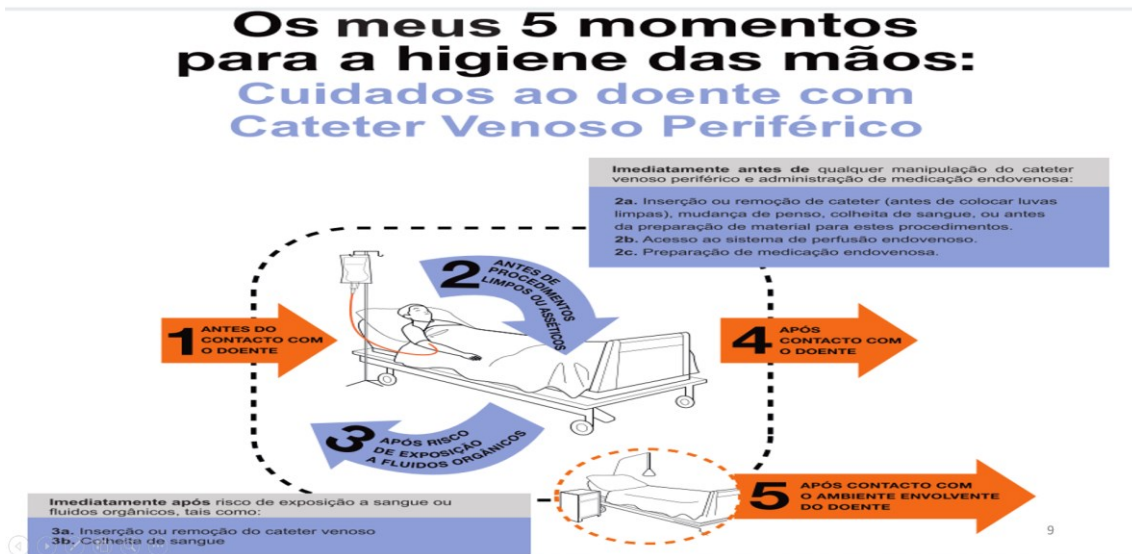
(DGS, 2019)



- Na maioria das infeções relacionadas com CVP, os agentes causadores são originários da flora das mãos dos profissionais

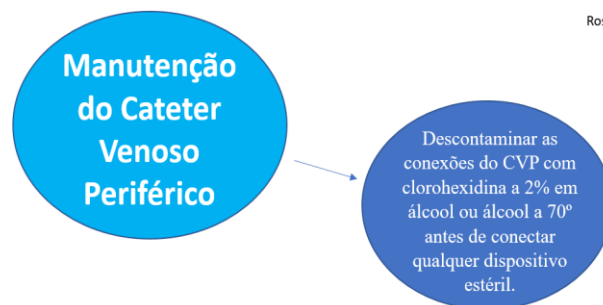
(O'Grady et al., 2011)

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções



Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções

- Num estudo que visava verificar a flora microbiana presente em torneiras de três vias foi constatado níveis positivos de crescimento de bactérias de 40% em lumens das torneiras de três vias e as amostras da superfície externa revelaram níveis de 100%.
Rossini et al. (2017)
- A contaminação superficial dos dispositivos de acesso ao sistema vascular por via do CVP ocorre a devido à exposição ambiental, contacto com a flora residente do utente e contacto com a roupa da cama.
(O'Grady et al., 2011; Center of Healthcare (2019))



10

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções

- Recomendações sugerem uma vigilância frequente, com recurso a escalas de avaliação de flebitis

(O'Grady et. al, 2011 e Infusion Nurses Society, 2016)



- O local de inserção deve ser avaliado pelo menos de 8 em 8 horas e de hora em hora se estiverem a ser infundidos fluidos contínuos, especialmente em grupos de alto risco

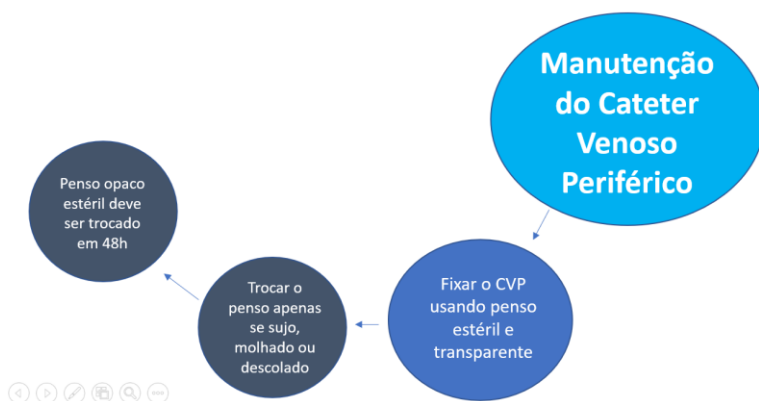
(Center of Healthcare, 2019)

11

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções

- Penso estéril e transparente de forma a não impedir a vigilância do local de inserção de forma a despistar precocemente a presença de sinais inflamatórios, permanecendo durante o tempo em que o CVP está colocado.

(Center of Healthcare, 2019).

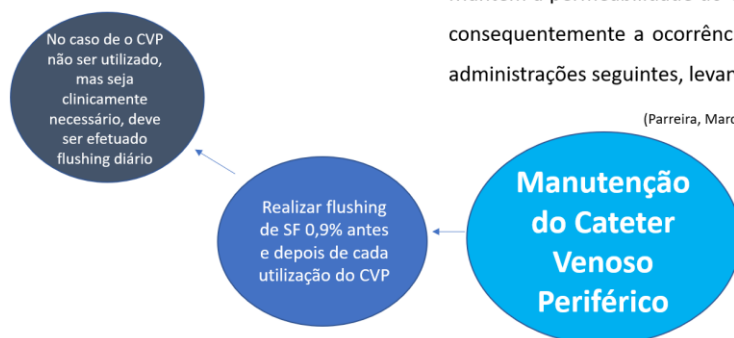


- Caso o local de inserção se encontre limpo deve ser aplicado antisséptico de base alcoólica antes da colocação do novo penso

(Center of Healthcare, 2019).

12

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções



(Parreira, Marques, Santos-Costa, Sousa, Braga, Apóstolo e Oliveira, 2020)

- Mantem a permeabilidade do CVP, impede a deposição de fármacos e consequentemente a ocorrência de reações de incompatibilidade nas administrações seguintes, levando à sua obstrução.

- Realizar após a colocação do CVP, antes e depois da administração de terapêutica intermitente, entre medicamentos intermitentes, antes e após a colheita de sangue, diariamente quando nenhum fármaco estiver a ser infundido no CVP e a presença deste clinicamente ainda se justifique.

13
(Pombeiro, 2012)

Manutenção do CVP – Feixe de Intervenções



- Documentação exata das intervenções de enfermagem efetuadas, devendo incluir a vigilância dos sinais inflamatórios do cateter, da integridade do penso, bem como a evidencia no momento da remoção do motivo da mesma, sendo que no caso de existirem sinais/sintomas de complicações deve ser efetuada a sua descrição no plano de cuidados

(Roehrs, Taube & Waldrigues, 2012)

14

Obrigado pela vossa atenção

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Recuperado em http://edi-esss.weebly.com/uploads/5/3/6/8/53684907/manual_enfermagem_15_07_2011.pdf
- Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P., Frost, S., Inwood, S., Higgins, N., ... Rickard, C. (2015). *International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters*. *Journal of hospital medicine*, 10(8), 530–533. <https://doi.org/10.1002/jhm.2389>
- Braga, L., Oliveira, A., Henriques, M.; Rodrigues, M., Rodrigues, C., Pereira, S. ... Parreira, P. (2016). - Tradução e adaptação da Phlebitis Scale para a população portuguesa - Translation and adaptation of the Phlebitis Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 4. 101-109. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16048>
- Center of Healthcare (2019). *Recommendations for the prevention of infection in intra-vascular device - Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*. Recuperado em www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/932830/intra-vascular-devices.pdf
- Danski, M., Johann, D., Vayego, A., Oliveira, G. & Lind J. (2016). *Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado*. *Acta Paul Enferm*. 29(1):84-92. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0084.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2019). *Norma 007/2019 – Higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Recuperado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Infusion Nurses Society (2016). *Infusion nursing standards of practice*. *J Infus Nurs*. Disponível em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
- Mattox, E. (2017). *Complications of Peripheral Venous Access Devices: Prevention, Detection, and Recovery Strategies*. *Critical care nurse*, 37(2), e1–e14. <https://doi.org/10.4037/ccn2017657>



15

Referências Bibliográficas

- New, K., Webster, J., Marsh, N., Hewer, B on behalf of the Royal Brisbane and Women's Hospital Intravenous Access Research Council (2014). *Intravascular device use, management documentation and complications a point prevalence survey*. *Australian Health Review* 38, 345-349. Recuperado em: <https://doi.org/10.107VAH13111>
- O'Grady, N., Alexander M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S. ... Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>
- Oliveira, A. & Parreira, P. (2010). *Intervenções de enfermagem flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos*. Revisão sistemática da literatura *Revista de Enfermagem Referência* ser III. 137-147. DOI: 10.12707RIV16027
- Parreira, P., Marques, I., Santos-Costa, P., Sousa, L., Braga, L., Apóstolo J. ... Oliveira, A. (2020). *Peripheral intravenous catheter flushing: a scoping review protocol*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19066 doi: 10.12707RIV19066
- Perucca R (2010). Peripheral venous access devices. In: Alexander M, Corrigan A, Gorski L, Hankins J, Perucca R, (eds). *Infusion nursing: an evidence-based approach* (pp456-479). 3rd ed. St louis: Saunders/Elsevier.
- Pombeiro, E. (2012). *Manutenção de Cateteres Vasculares Periféricos Um desafio para a Equipe de Enfermagem*. In W. Malagutti & H. Roehrs (eds), *Terapia intravenosa atualidades* (pp.117-129). São Paulo: Martinari
- Roehrs H., Taube, S., & Waldrigues, M. (2012). *Anotação de Enfermagem e sua Interface com a Terapia Intravenosa*. In W. Malagutti & H. Roehrs (eds), *Terapia intravenosa atualidades* (pp.377-402). São Paulo: Martinari
- Rossini, F., Andrade, D., Santos, L., Ferreira, A., Tieppo C., & Watanabe E. (2017). *Microbiological testing of devices used in maintaining peripheral venous catheters*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2887. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/1518834515282887>

16

Apêndice VIII – Questionário Avaliação Formação Manutenção Cateter Venoso Periférico

Questionário Avaliação Formação Manutenção do Cateter Venoso Periférico

Este Questionário tem como objetivo validar os conteúdos da formação, consistindo em 10 perguntas de V/F e Escolha Múltipla

***Obrigatório**

1. E-mail *

2. O dispositivo médico invasivo mais usado em todo o mundo é o Cateter Venoso Periférico * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

3. A complicação mais frequente do Cateter Venoso Periférico é * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Remoção Acidental

Infiltração

Obstrução

Flebite

4. De acordo com a Infusion Nurses Society a percentagem recomendada de flebites associadas ao Cateter Venoso Periférico deve ser: * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Inferior a 2%
- Inferior a 5%
- Inferior a 7,5%
- Inferior a 10%

5. Por cada dia a mais de permanência do Cateter Venoso Periférico acresce o risco de flebite em 20%: * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

6. A lavagem das mãos na manutenção do Cateter Venoso Periférico está indicada em que situações: * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Preparação de material para procedimento
- Acesso ao sistema de perfusão
- Todas as opções estão corretas
- Mudança do penso

7. Antes de conectar qualquer dispositivo às conexões do Cateter Venoso Periférico devem ser descontaminadas com um dos seguintes produtos: * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Clorhexidina a 2%
- Álcool a 70%
- Soro Fisiológico 0,9%
- Opção 1 e 2 estão corretas

8. A vigilância do local de inserção do Cateter Venoso Periférico para despiste de complicações deve ser efetuada * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Pelo menos de 8 em 8 horas
- Uma vez por dia
- De hora em hora se estiverem a ser infundidos fluidos contínuos
- Opção 1 e 3 estão corretas

9. No caso de estar íntegro o penso estéril transparente de fixação do Cateter Venoso Periférico deve: * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Ser trocado diariamente
- Permanecer durante o tempo em que o Cateter Venoso Periférico está colocado
- Ser trocado de 2/2 dias
- Ser trocado de 3/3 dias

10. A realização do flushing de SF 0,9% na manutenção do Cateter Venoso Periférico deve ser realizado com um volume superior a 2ml * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

11. A remoção do Cateter Venoso Periférico só deve ser documentada caso existam complicações * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexos

Anexo I - Procedimento Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

ÂMBITO: Serviços Clínicos

1. OBJETIVO:

- Uniformizar procedimentos relativos aos cateteres venosos periféricos;
- Minimizar o risco de infeção nos doentes com cateter venoso periférico.

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros

3. RESPONSÁVEL:

Enfermeiros Gestores / Responsáveis

4. DEFINIÇÕES:

Atitudes Terapêuticas (AT) – prescrições médicas ou diagnósticos médicos dos quais resultam intervenções de enfermagem

CVP – Cateter Venoso Periférico

EPI – Equipamento de Proteção Individual

Executar – Executar é um tipo de Ação de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

HSOG – Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães

IE – Intervenção de Enfermagem

Monitorizar – Monitorizar é um tipo de “Vigiar” com as características específicas: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares

PE – Processo de Enfermagem

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SOS – Sempre que necessário

Vigiar – Vigiar é um tipo de “Observar” com as características específicas: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

5. PROCEDIMENTO:

5.1. COLOÇÃO DE CVP

Nº	Ação	Responsável pela execução
1	Higienizar as mãos com SABA	Enfermeiro
2	Reunir o Material / Equipamento: <ul style="list-style-type: none"> - Luvas de procedimentos (nitrilo) (1 par) - Adesivo esterilizado com ou sem compressa - Cuvete grande - CVP - Garrote - Tabuleiro (ou carro rodado) - Contentor de corte perfurantes - Antisséptico de base alcoólica - Máquina elétrica para tricotomia (SOS) - Compressas esterilizadas pequenas (2 pacotes) - Seringa 10 ml (1), Agulhas I.V. (1) - Soro fisiológico SF, 10ml (1) - Válvula anti refluxo 	
3	Informar o doente e solicitar colaboração	
4	Higienizar as mãos com SABA Após contacto com o doente e Antes de procedimentos assépticos)	
5	Preparar o material, mantendo assépsia <ul style="list-style-type: none"> - Preencher válvula anti refluxo com SF - Abrir invólucro de CVP - Abrir invólucro de compressas 	
6	Posicionar o doente tendo em conta o local a cateterizar	
7	Garrotar o membro para selecionar a veia	
8	Desgarrotar o membro e executar tricotomia se necessário	
9	Higienizar as mãos com SABA (Antes de procedimento asséptico)	
10	Executar antissépsia local por fricção com compressa seguida de aspersão do mesmo produto (<i>técnica "no touch"</i>) e deixar secar	
11	Calçar luvas de procedimento	
12	Inserir CVP	
13	Adaptar e ocluir válvula anti-refluxo <ul style="list-style-type: none"> - Remover todos os resíduos de sangue mantendo compressa esterilizada sob o Hub do CVP 	
14	Executar tratamento ao local de inserção – penso estéril transparente	
15	Rejeitar os resíduos	
16	Remover luvas e higienizar as mãos com SABA (Depois de risco exposição a sangue e fluidos)	
17	Posicionar o doente (SOS)	
18	Higienizar as mãos com SABA (Depois de contacto com o doente)	
19	Validar / atualizar o PE no SClinico Atitude Terapêutica <ul style="list-style-type: none"> - <i>Catéter Venoso Periférico (em observações colocar calibre do CVP e localização anatómica cateterizada)</i> IE a validar <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inserir cateter venoso periférico</i> - <i>Otimizar cateter venoso periférico</i> - <i>Vigiar local de inserção do cateter</i> - <i>Vigiar penso do cateter</i> - <i>Executar tratamento ao local de inserção de cateter venoso periférico</i> Normas a validar <i>Verificar a existência de normas associadas à AT e às IE, validar se aplicável</i>	

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

5.2. REMOÇÃO DE CVP

Nº	Ação	Responsável pela execução
1	Reunir o material: - Compressas esterilizadas pequenas (1 pacote) - Adesivo	Enfermeiro
2	Informar o doente, solicitar colaboração	
3	Higienizar as mãos com SABA (<i>Antes de contacto com o doente</i>)	
4	Desligar equipamento e fechar perfusões Desconetar todas as linhas de perfusão	
5	Posicionar o doente – área de colocação do CVP acessível	
6	Higienizar as mãos com SABA, calçar luvas de procedimento (<i>Antes procedimento asséptico</i>)	
7	Remover adesivos de fixação	
8	Remover cateter	
9	Executar compressão local – 2 minutos	
10	Executar penso seco compressivo, mantido por 3 horas	
11	Rejeitar os resíduos	
12	Remover luvas e higienizar as mãos com SABA (<i>Após risco de exposição a sangue e fluidos</i>)	
13	Validar / atualizar o PE no SCIínico IE a validar - Remover cateter venoso periférico Dar termo - Todas as IE associadas à AT "Catéter Venoso Periférico" - AT "Catéter Venoso Periférico"	

6. REFERÊNCIAS

- ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos técnicos. 2ª Edição. Lisboa.
- <http://www.medical.phillips.com/br/products/patient-monitoring/products/Picco/index.htm/>
- <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br>
- <http://www.ihl.org>
- <http://www.dgs.pt>
- <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5110.pdf>
- http://10.21.100.250/blogs/media/blogs/CCI/Guidelines/recomend_disp_intravasculares.pdf
- Moreno, Javier Delgado, Mª Cruz; Sanchez, Rosa. (2006). Procedimentos e Técnicas de Enfermeria. Ediciones ROL, SA.

Anexo II – Cartaz 5 Momentos Higiene das Mãos nos Cuidados ao Doente com Cateterismo Venoso Periférico

Os meus 5 momentos para a higiene das mãos:

Cuidados ao doente com Cateter Venoso Periférico

