



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM PARA UM CUIDAR ESPECIALIZADO

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

Por

Inês Maria Castro Moutinho Pereira Pinto

Porto - março, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM PARA UM CUIDAR ESPECIALIZADO

THE LEARNING PROCESS FOR SPECIALIZED 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 da Pessoa em Situação Crítica

Por

Inês Maria Castro Moutinho Pereira Pinto

Sob orientação de Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto - março, 2022

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, que se insere no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, e tem como objetivo descrever as competências adquiridas em contexto de Serviço de Medicina Intensiva e em Serviço de Urgência, através de uma análise crítico-reflexiva.

A reflexão inicial sobre as competências adquiridas anteriormente - no primeiro contacto com o doente crítico - tornou-se essencial, uma vez que permitiu o reconhecimento de problemas de especial complexidade, a análise crítica dos resultados encontrados, bem como a capacidade de diagnóstico e juízo clínico.

O Serviço de Medicina Intensiva caracteriza-se por ser um serviço dotado de equipamentos que provocam algum ruído de fundo. Estes níveis exagerados de ruído prejudicam a pessoa doente, contribuindo para o aumento do delírio e para a diminuição da qualidade do sono, pelo que se tornou pertinente investigar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica.

Durante a passagem pelo Serviço de Medicina Intensiva e pelo Serviço de Urgência desenvolveram-se competências ao nível do cuidar do doente crítico, nomeadamente, competências comunicacionais não-verbais, que alicerçadas ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e a sua família, tornam-se fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade; competências a nível da gestão dos cuidados e recursos - inerentes à necessidade de promover ambientes de prática de Enfermagem favoráveis; competências a nível da promoção de estratégias de prevenção e controlo de infeção, e também ao nível do domínio das aprendizagens - sendo promotora da mudança e agente ativa no campo de investigação ao produzir trabalhos científicos, partilhando os resultados com as equipas.

Foi um percurso bastante enriquecedor com implicações a nível profissional, contribuindo para a minha capacidade crítico-reflexiva, reforçando a importância da relação teórico-prática e da valorização das necessidades plurais do doente, sempre respeitando uma visão biopsicossocial.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; competência comum; competência específica.

ABSTRACT

This report is part of the curricular unit "Final Internship and Report", which is part of the Master's Degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Critical Care Patients. The main objective is to describe the skills acquired in the context of an intensive care unit and in an emergency service, through a critical-reflective analysis.

The initial reflection on the skills acquired previously - in the first contact with the critically patient - became essential, since it allowed the recognition of problems of special complexity, the critical analysis of the results found, as well as the capacity for diagnosis and clinical judgement.

The intensive care unit is characterized by being a very noisy service. These exaggerated levels of noise harm the patient, contributing to an increase in delirium and decrease in the quality of sleep. Therefore, it was pertinent to investigate the intervention of specialist nurses, in promoting the well-being of the person in a critical situation.

During the passage through the intensive care, and emergency service, skills were developed in terms of caring for critically patients, namely: non-verbal communication skills which, based on the establishment of a therapeutic relationship with the patient and his/her family, become essential for the provision of quality care; care and resource management skills - inherent to the need to promote favorable nursing practice environments; skills in the promotion of infection prevention and control strategies, and also in terms of the domain of learning - being a promoter of change and active agent in the field of research by producing scientific works, sharing the results with the teams.

It was a very enriching journey, with implications at professional level, contributing to my critical-reflective ability, reinforcing the importance of the theoretical-practical relationship, and of valuing the patient's plural needs, always respecting a biopsychosocial vision.

Keywords: specialist nurse, person in critical condition, common competence, specific competence.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta, tão desejada, etapa não teria sido possível sem o precioso contributo de algumas pessoas, às quais não poderia deixar de mostrar o meu agradecimento.

À Prof^a Doutora Amélia Ferreira, pelo seu rigor e excelência, aliados a preciosos conselhos e pela sua disponibilidade constante.

A todos os enfermeiros com quem tive o privilégio de trabalhar, em especial aos meus tutores, por partilharem o seu vasto conhecimento e contribuírem para a enfermeira que sou hoje.

Aos meus pais e irmão, que sempre me incentivaram a ser mais e melhor, ao longo de toda a minha vida, e em especial nesta etapa académica.

Ao meu namorado, pela compreensão permanente, o apoio incansável e o carinho que sempre me demonstrou.

Às minhas amigas, em especial, à J., à M., à R e à R, que ao papel de amigas, aliaram a capacidade crítico-reflexiva, possuindo sempre as opiniões mais sensatas.

A todos os meus colegas de curso, em especial à S., pelos momentos de partilha, de incentivo e de desabafo.

LISTA DE SIGLAS

APE- Ambiente de Prática de Enfermagem

BO- Bloco Operatório

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção Geral da Saúde

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAI- Pneumonia Associada à Intubação

PIA- Pressão Intra-Abdominal

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS- Richmond Agitation Sedation Scale

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS	19
3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR	27
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR ESPECIALIZADO	35
5. CONCLUSÃO	61
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
7. APÊNDICES.....	73
Apêndice I: Revisão integrativa da literatura - A intervenção do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica	75
Apêndice II: Lista de verificação de transporte intra-hospitalar.....	95
Apêndice III: Avaliação da Pressão Intra-Abdominal	99
Apêndice IV: Cateter venoso central totalmente implantado: guia de boas práticas.....	113
Apêndice V: Póster “A intervenção de enfermagem no controlo do ruído: Promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica. Revisão integrativa “	141
Anexo VI: Certificado de Póster “A intervenção de enfermagem no controlo do ruído: Promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica. Revisão integrativa “	145

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem vindo a desenvolver-se enquanto profissão e disciplina.

Fawcett nos anos 80 do século XX, expõe os conceitos de “Ser humano, Ambiente, Saúde e Enfermagem”. Deste modo, afirma que as pessoas que são o foco de cuidados dos enfermeiros, podem ter infirmezias devido aos seus processos intencionais (que envolve os seus valores, crenças e conhecimentos) ou como consequência dos seus processos não intencionais (como são os fisiológicos), bem como resultante dos processos de interação com o ambiente (interação com os seus elementos humanos, físicos e económicos). A Ciência de Enfermagem estuda então a pessoa e os seus processos de resposta às infirmezias. (Butts, Rich, & Fawcett., 2012)

Adicionalmente, a nossa profissão tem vindo a afirmar-se e a ter um lugar cada vez mais importante na sociedade, ao estar envolvida e em acompanhamento com a evolução científica e tecnológica presente nos dias de hoje. Para que isto seja possível, é necessário que os enfermeiros deem resposta a estas exigências, procurando desenvolver competências nas diversas áreas de intervenção.

A minha experiência profissional parte da prática de cuidados no internamento de cirurgia de um Hospital do Norte do País. Atualmente, os processos de doença são cada vez mais complicados e conseqüentemente, as cirurgias tornam-se mais complexas, pelo que me deparo diariamente com doentes em situação crítica e com dificuldades na prestação dos cuidados aos mesmos. Adicionalmente, conhecer o percurso que o doente cirúrgico percorre, desde a admissão até à data de alta, passa também muitas vezes pelo internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tornando-se importante entender as exigências e vigilâncias neste mesmo contexto. Face a estes aspetos e porque considero que na profissão de Enfermagem em determinados momentos necessitamos de novos desafios e acima de tudo de adquirir e aprofundar constantemente os conhecimentos, senti que devia investir na realização do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa do Porto.

A especialização em Enfermagem torna-se uma exigência natural para o desenvolvimento e aprofundamento das competências adquiridas no curso de base e ao longo da experiência profissional, na medida em que proporciona as ferramentas necessárias para a prestação de cuidados individualizados e de qualidade, baseados em evidência científica.

Deste modo, o Curso de Mestrado em Enfermagem constitui a resposta a esta exigência ao permitir a aquisição, o desenvolvimento e a integração de saberes para a assistência de Enfermagem avançada à pessoa adulta, com doença grave, e em estado crítico, conferindo a competência para a prestação de cuidados especializados.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem”. No entanto, é de realçar que para além das competências que advém no regulamento da respetiva especialidade, os profissionais devem ainda partilhar competências comuns, que se aplicam a todos os contextos de prestação de cuidados, que envolvem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem.”

O plano de estudos do curso do Mestrado em Enfermagem engloba uma componente teórica e uma componente prática.

A componente prática inicia-se no 1º ano do curso, no 2º semestre, com a Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica. O estágio decorreu num período de 8 semanas, de 3 de maio de 2021 a 26 de junho de 2021, num total de 180 horas de prática.

Tive a oportunidade de estagiar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar da Região Norte, o que me permitiu iniciar a aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências na área da pessoa em situação crítica, proporcionando a oportunidade de reconhecer problemas de especial complexidade, analisar criticamente os resultados encontrados, bem como desenvolver a capacidade de diagnóstico e juízo clínico. Ferramentas que se tornaram numa mais-valia nos contextos de estágios seguintes, pelo que considero importante fazer referência a esta experiência num capítulo do presente relatório.

A componente prática termina com a Unidade Curricular- Estágio final e Relatório, que está integrada no 1º semestre do 2º ano do curso de mestrado em Enfermagem com especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica, detendo uma carga horária de 840 horas, com 30 créditos atribuídos. De referir que 360 horas são de contacto direto nos contextos de prática clínica, 440h de trabalho individual do estudante e as restantes para as orientações tutoriais e seminários.

Como referido anteriormente, os contextos de prática clínica dividem-se em 2 módulos de estágio com 180h cada um respetivamente.

O primeiro módulo foi realizado numa UCI Monovalente, sendo este um estágio opcional, que decorreu no período de 6 de setembro de 2021 a 27 de outubro de 2021, por sua vez, o segundo módulo de estágio foi realizado num Serviço de Urgência (SU), no período de 28 de outubro de 2021 a 18 de dezembro de 2021.

É importante mencionar que a escolha por esta UCI em particular, para além do gosto pessoal, esteve relacionada com o facto de me permitir integrar no percurso do doente crítico até ao serviço onde exerço funções, uma vez que muitos dos doentes tem uma passagem nos cuidados intensivos.

Assim, são objetivos do plano de estudos do Estágio Final e Relatório: “saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionado com a pessoa em situação crítica; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas; ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.”

Fazendo parte de um momento avaliativo, é solicitada a elaboração de um relatório final. A realização deste relatório tem como objetivos:

- Apresentar o percurso realizado ao longo do período de estágio através da análise crítico-reflexiva sobre as atividades e experiências desenvolvidas;
- Demonstrar as competências adquiridas, ao longo deste período de estágio, tendo como documentos norteadores o Regulamento de Competências Comuns do

Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista;

- Servir de documento de avaliação para obtenção de grau de Mestre.

Este documento apresenta uma metodologia descritiva e analítico-reflexiva.

No que se concerne à estrutura do relatório, está dividido em 5 capítulos: inicia-se com a introdução, seguida do 2º capítulo, onde é realizada uma descrição e análise crítica das competências desenvolvidas no estágio do 1º ano; posteriormente, o 3º capítulo descreve a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica; o 4º capítulo engloba a análise reflexiva e descritiva sobre o processo de desenvolvimento de competências; por último apresenta-se a conclusão.

De salientar que o presente documento foi elaborado de acordo com as normas de referência bibliográfica da APA.

2. VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS

No âmbito da Unidade Curricular – “A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica”, faz parte do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a realização de um estágio numa UCIP. De acordo com o plano de estudos do curso, nesta unidade curricular, o estágio realiza-se em unidades de prática clínica, no âmbito da área de especialização de Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, num total de 180h de contacto.

O envelhecimento demográfico é uma realidade presente em Portugal desde há várias décadas, em consequência da baixa natalidade e do aumento da longevidade. Segundo o instituto nacional de estatística, entre 2013 e 2018, em Portugal, o número de pessoas idosas (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou 174 382. Este contexto demográfico tem consequências no estado da nossa saúde, uma vez que há um aumento significativo de doenças crónicas, que exigem uma complexidade de cuidados, levando a um aumento da necessidade de Medicina Intensiva. (INE, 2019)

Segundo Paiva, et al., (2017) fala-se de uma necessidade de cuidados intensivos nos próximos 10 anos de 160%, refletindo-se no crescimento da procura da mesma, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, o que inclui Portugal.

A Medicina Intensiva é uma “área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave, potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Iniciei o meu percurso em contexto prático, enquanto futura enfermeira especialista, num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital de referência do Norte do país.

O SMI deve ser o local onde se centralizam os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamentos das pessoas doentes com falência orgânica eminente ou estabelecida, potencialmente reversível. (Ministério da Saúde, 2013)

Representam ainda uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos, pelo que se percebe a importância da realização de um estágio neste contexto.

O Serviço de Medicina Intensiva é definido como uma unidade polivalente, uma vez que atende pessoas doentes com diversas patologias, características e com necessidade de múltiplos tratamentos. É caracterizada como uma unidade de nível III, no entanto, também dá assistência a doentes de nível II. Situa-se no piso -1, junto do serviço de urgência. É constituída por duas alas designadas, respetivamente, SMI 1 e SMI 2. O SMI 1 é constituído por 10 unidades (em casos de necessidade tem capacidade para abrir mais 2) mas neste momento estão abertas apenas 8 camas, sendo que 2 estão inseridas em 2 quartos de isolamento pressurizáveis com antecâmara. O SMI 2 foi construído no ano de 2020, em tempo recorde, para dar resposta à necessidade de internamento SARS-COV-2, tem capacidade para 11 unidades, todas com pressão negativa e uma antecâmara, estando neste momento em funcionamento 8 unidades.

No que concerne à equipa multidisciplinar, é composta por uma equipa médica constituída pelo Diretor de Serviço e médicos com especialidade de Medicina Interna e Anestesia; uma equipa de enfermagem formada pela Enfermeira Chefe, enfermeiros com especialidade de Enfermagem em Reabilitação, Médico-Cirúrgica, Saúde Mental e Psiquiatria e enfermeiros de Cuidados Gerais; inclui também a equipa de Assistentes Operacionais.

Na prestação direta dos cuidados de Enfermagem o rácio normalmente era de 1:2, 1 enfermeiro para 2 doentes. Havia também sempre presente um enfermeiro de Reabilitação no turno da manhã.

Como já foi referido anteriormente, torna-se importante ter um capítulo sobre as experiências vivenciadas no primeiro estágio, uma vez que contribuíram para a construção do meu ser enquanto enfermeira especialista.

Deste modo, neste capítulo são relatadas as experiências que contribuíram para o desenvolvimento das competências e para a aquisição de conhecimentos, que se tornaram úteis tanto na prática dos contextos de estágio que se sucederam, como me ajudaram a crescer enquanto pessoa.

Um dos objetivos pretendidos com a realização do estágio prendia-se com a identificação de prioridades de intervenção, foi particularmente do meu interesse as relacionadas com a segurança dos doentes.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, e no que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve garantir um ambiente terapêutico e seguro. Por este motivo foi um dos objetivos traçados para a realização deste estágio.

A prestação de cuidados envolve um elevado número de profissionais de saúde, que por sua vez têm à sua responsabilidade um elevado número de pessoas doentes. Acrescento também o facto de muitas vezes esta prestação estar intimamente relacionada com a necessidade de dar respostas imediatas a situações urgentes e emergentes, o que conduz à ocorrência de incidentes.

Assim, a segurança dos doentes foi alvo de reflexão na minha prática, nomeadamente a identificação inequívoca do doente. Num dos turnos em que estive presente, deu entrada um doente, sem identificação, com o diagnóstico de intoxicação por monóxido de carbono. Deste modo, tornou-se importante refletir sobre os possíveis erros que poderiam acontecer por não existir qualquer informação sobre o doente.

De imediato, a equipa multidisciplinar procurou descobrir a identificação do doente, durante este processo foram contactadas as autoridades competentes para a solicitação dos dados pessoais do mesmo.

A identificação inequívoca do doente fez parte do plano de segurança do doente (PNSD) de 2015-2020. A literatura diz-nos que a identificação incorreta pode acarretar várias consequências, como a “troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos - troca de medicação, transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas” (Despacho n.º 1400-A/2015)

Assim, é definido pela Direção Geral da Saúde (DGS) que devemos confirmar sempre a identidade da pessoa doente através do nome, data de nascimento e número de processo clínico da instituição, sendo considerada uma prática segura, quando temos informação de pelo menos 2 destes dados. (Direção Geral da Saúde, 2011)

Refletindo sobre esta temática, por vezes caímos no erro de identificar a pessoa pelo número do quarto ou cama, em vez de pelo seu próprio nome. Como sabemos, estes dados não podem ser considerados como credíveis e estão mais suscetíveis para que ocorra um evento adverso. Deste modo, a identificação inequívoca dos doentes institucionalizados foi uma preocupação constante ao longo do estágio e é uma preocupação presente no SMI. A identificação é feita através da colocação de uma pulseira na pessoa e também na respetiva cama, esta última necessidade prende-se por já ter havido situações em que as camas foram trocadas no bloco operatório.

Adicionalmente, existiu sempre a preocupação da minha parte de consultar a pulseira antes de realizar um procedimento bem como, se possível, de confirmar com os doentes os dados presentes na mesma. Pude constatar que num dos turnos, uma pulseira já tinha o nome gasto, informei a enfermeira que estava comigo e nesse momento a mesma foi trocada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização de pulseiras de identificação, bem como reforça a importância da implementação de auditorias para regulamentar as boas práticas e a existência de protocolos que garantam a identificação inequívoca dos doentes. Realça ainda a necessidade de existirem notificação de incidentes que ocorram na instituição, e que a mesma consiga dar resposta aos mesmos de forma breve. No SMI existia inclusive um sistema de notificação de incidentes próprio. (Despacho n.º 1400-A/2015)

Para além da segurança do doente, o controlo de infeção foi também uma prioridade de intervenção. Uma das competências preconizadas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC diz respeito a maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção, pelo que foi definido o seguinte objetivo específico: Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção em contexto de cuidados intensivos.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema importante à escala mundial. Nenhuma instituição de saúde pode ignorar as implicações e o impacto destas infeções na pessoa doente, nas unidades de saúde e na comunidade.

As IACS resultam da prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar como em ambulatório. Se por um lado atualmente se prolonga a sobrevida das pessoas doentes, as mesmas são vulneráveis a múltiplas infeções, na maioria das vezes por necessidade de recurso a procedimentos invasivos, a antibioterapia agressiva ou imunossupressora, a internamentos frequentes, quer nas unidades de cuidados intensivos como em outras unidades. (Direção Geral da Saúde, 2007)

Nos últimos anos tem havido uma diminuição da incidência de IACS em Portugal. Dados revelados pelo programa nacional de prevenção e controlo da resistência aos antimicrobianos de 2017, referem que a Pneumonia Associada à Intubação (PAI) em UCI de adultos foi de 7,1 por 1000 dias de entubação, enquanto a infeção associada ao Cateter Venoso Central (CVC), foi de 0,9 por 1000 dias de cateter. (Direção Geral de Saúde, 2017)

No SMI tive oportunidade de realizar auditorias, sendo uma delas à correta adesão e aplicação da bundle da prevenção da PAI, que incluía 8 aspetos: 1º- avaliação da interrupção

da sedação através da verificação de registo na pancard de enfermagem e check-list do sénior da véspera; 2º- existência de um plano de desmame ventilatório; 3º registo de monitorização da pressão de cuff 8h/8h; 4º- registo de higiene oral com clorohexidina 12/12h; 5º - elevação da cabeceira a mais 30º através da observação direta; 6º- manter os circuitos ventilatórios limpos através da observação direta; 7º registo da Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) 8/8h na pancard e por último - o registo de prescrição de sedação por objetivos na folha terapêutica/diário médico da véspera.

De forma a possuir valências para auditar os processos, procurei conhecer o que a evidência científica nos mostra sobre a PAI.

A bundle da DGS de prevenção da PAI preconiza a revisão, redução e a paragem diária da sedação, maximizando a titulação ao mínimo adequado para o tratamento e o registo no processo clínico. Recomenda a discussão e a avaliação diária de possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, aconselhando a formulação diária do plano de desmame/extubação. A cabeceira do leito deve estar em ângulo maior ou igual a 30º, evitando a posição de supina, sendo necessária a auditoria diária ao cumprimento desta intervenção. Deve ainda ser feita a higiene oral com clorohexidina a 0,2% a todos as pessoas em situação crítica, que possuam um internamento superior a 48horas. Recomenda ainda que se devem manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos e que a pressão do balão do tubo endotraqueal se mantenha entre os 20 e os 30 cmH2O. (Direção Geral da Saúde, 2015)

Como pude verificar a bundle do SMI vai de encontro ao feixe de intervenções aconselhadas pela DGS para a prevenção e controlo de infeção.

Para além da bundle da PAI, existiam também auditorias à bundle de inserção e manutenção do CVC, às quais tive a oportunidade de participar.

A auditoria da bundle da manutenção do CVC avaliava: 1º necessidade de manter o CVC; 2º higiene das mãos antes de o manusear; 3º descontaminar as conexões, pontos de acesso de sistemas e prolongadores com clorohexidina 2% em álcool a 70% durante 15' antes de conectar o dispositivo estéril; 4º mudar penso com periodicidade adequada e técnica assética - 4.1 periodicidade adequada: 2 dias se compressa, 7 dias se penso transparente e sempre que sujo, com sangue ou deslocado; 4.2- técnica assética na mudança do penso: local de introdução limpo e sem sangue; usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para material; usar kit de pensos, usar clorohexidina a 2% na antisepsia da pele; datar o penso. (Direção Geral da Saúde, 2015)

Segundo Fortunatti (2017) existem diversos fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de infecções associadas ao CVC, tais como: permanência do cateter, número de lúmens do CVC, cateter em veia femoral, manipulação excessiva do mesmo, carga bacteriana no local de inserção, hospitalização prolongada, entre outras. Desta forma, recomenda diversas estratégias que podem ser implementadas, sendo as bundles as mais reconhecidas como mais valias e efetivas para a diminuição de infecções. Segundo estudos realizados por este autor, estes feixes de intervenção reduziram a incidência das infecções em até 80%, obtendo uma taxa de 0% em alguns casos.

No Serviço de Medicina Intensiva utilizavam-se apenas cateteres de 3 vias e só em último recurso avançavam para a utilização de um CVC com mais vias. Indo de encontro com a evidência científica, que refere que quanto maior é o número de lúmens, maior o risco de infecção.

Segundo os dados de 2020 do serviço existiram apenas 20 casos de PAI, para além de que CVC associados com bacteriemia foram apenas 2.

Ainda enquadrado nesta prioridade de intervenção, tive a oportunidade de participar no processo de vigilância epidemiológica. A DGS em 2017 afirma que a participação dos serviços de saúde nestes processos tem sido crescente. (Direção Geral de Saúde, 2017)

Assim, por dia eram contabilizados o número de cateteres venosos periféricos, de cateteres centrais, de hemodiálise e urinários, bem como o número de doentes ventilados.

A vigilância epidemiológica consiste “no registo contínuo e sistemático, na análise e interpretação da informação de retorno referente às infecções nosocomiais, e é um fator importantíssimo para a prevenção e controlo da infeção “, pelo que foi uma mais-valia como futura enfermeira poder participar nesta vigilância. (Direção Geral da Saúde, 2007)

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica define-se como “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. Por sua vez, uma das unidades desta competência prende-se com a capacidade de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Deste modo, a comunicação foi uma competência por mim trabalhada neste contexto de estágio. (Regulamento n.º 429/2018)

Os SMI são altamente equipados com material tecnológico necessário para prestar os cuidados fundamentais à pessoa em situação crítica. Por vezes, estamos tão focados em todos

os aparelhos e máquinas que estão envolvidas no plano de tratamento do doente, que nos esquecemos de comunicar com a própria pessoa, bem como com a respetiva família. Consequentemente, considerei que seria necessário elaborar o seguinte objetivo específico: “estabelecer uma comunicação terapêutica com o doente e família, de forma a diminuir o distanciamento associado à tecnologia”.

A acrescentar a este fator tecnológico, a pandemia veio dificultar ainda mais esta tentativa de diminuir o distanciamento associado à tecnologia, pelo que considero importante desenvolver a temática da comunicação terapêutica. Deste modo, procurei perceber como no serviço poderia ajudar a família e o doente, promovendo uma comunicação eficaz.

Segundo Martinho & Rodrigues (2016), acordar entubado e ventilado num SMI foi referido por alguns doentes como assustador, e o facto de não conseguirem comunicar eficazmente os fez sentir “presos num corpo disfuncional”, uma vez que podiam entender tudo o que lhes era transmitido, no entanto, não tinham ajuda para conseguir comunicar com sucesso. O mesmo é relatado pelos seus familiares, que por não conseguirem entender o que o doente pretendia comunicar, sentiam-se frustrados e impotentes. Adicionalmente, também os profissionais de saúde por vezes sentiam-se desconfortáveis quando tinham que comunicar com os doentes com entubação endotraqueal.

Estes autores fazem ainda referência que para qualquer doente que está internado, a comunicação é fundamental e que, por vezes, damos atenção apenas aos cuidados fisiopatológicos e esquecemo-nos da comunicação e que a mesma necessita de ser efetiva e adaptada à condição de cada doente. (Martinho & Rodrigues, 2016)

Pina, et al., (2020) corroboram as afirmações dos autores acima mencionados fazendo referência que a comunicação é um elemento fundamental na interação humana, e por consequência nos cuidados de Enfermagem. Afirmam que diversos estudos mencionam barreiras na comunicação em doentes ventilados e como consequências negativas para os doentes evidenciam o stress, o medo, a raiva e a frustração, o desespero e a solidão. Relativamente à perceção dos profissionais de saúde, o facto de não conseguirem comunicar, os faz sentir impotentes, frustrados e insatisfeitos nos cuidados que prestam.

Assim, ao longo do estágio foram procuradas estratégias para comunicar de forma efetiva, nomeadamente, através de língua gestual, gestos, discurso com frases mais curtas e de fácil compreensão.

Anteriormente à pandemia, as visitas eram diárias e com possibilidade de a pessoa de referência permanecer no serviço por um período longo, no entanto houve a necessidade de

implementar medidas, nomeadamente, nas pessoas doentes com SARS-COV 2 que não tinham a possibilidade de ter visitas presenciais. Era política e preocupação dos profissionais da unidade, que se a condição clínica assim o permitisse, que houvesse a possibilidade de realizar videochamadas. Para tal, todos os dias, havia um médico responsável de contactar o familiar de referência, a explicar o estado atual do doente, agendando para o dia seguinte a possibilidade de visitar o doente ou de marcar uma videochamada, caso não fosse possível a presença do familiar.

As recomendações atuais apontam para a necessidade de colmatar a restrição de visitas a todos os doentes portadores de SARS-COV-2 com a implementação de formas alternativas de comunicação, nomeadamente as chamadas de vídeo e telefonemas. (Mendes, Mergulhão, Froes, Paiva, & Gouveia, 2020)

Assim, foi possível adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde e demonstrar conhecimentos em técnicas de comunicação, perante a pessoa e família em situação crítica, bem como em estratégias facilitadoras da comunicação.

Este primeiro contexto de estágio despoletou em mim a consciência da importância do papel do enfermeiro no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, que vivencia problemas complexos e está num processo de transição saúde-doença, sendo a comunicação e a relação terapêutica com o doente e família, fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade.

3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Com o desenvolvimento da ciência e por consequente, dos cuidados de saúde, os serviços de medicina intensiva são cada vez mais complexos e exigentes, dotados de equipamentos que provocam algum ruído. Assim, nos dias de hoje, a relevância do ruído tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como um possível agente causador de desconforto e mal-estar na pessoa em situação crítica.

Num dos turnos que realizei no 1º estágio, ainda no 1º semestre, pude em conversa com o meu tutor, perceber que aquele turno estava a ser demasiado barulhento, e que se para nós estava a ser incomodativo, o que seria para a pessoa que estava numa cama, deitada, a ouvir constantemente ruído, sem poder fazer nada para alterar esse aspeto. Assim, senti necessidade de refletir e aprofundar conhecimentos nesta área.

Inicialmente foi realizada uma tentativa de medição com um mini sonómetro do ruído no serviço, contudo, não fazia uma medição contínua, nem gravava os valores, o que não se tornava fidedigno para demonstrar o ruído presente no SMI. Os sonómetros existentes capazes de realizar e gravar estas medições eram de custo excessivo, pelo que não foi possível realizar a medição durante o período de estágio.

No entanto, foi contactada uma empresa de aparelhos eletrónicos, que me enviou o orçamento de um aparelho que avaliava o ruído no local. No meu ponto de vista seria interessante, e serviria para alertar e consciencializar os profissionais de saúde para a realidade vivenciada pelos doentes e pelos próprios. Consequentemente tornar-se-ia mais fácil de os fazer aderir a intervenções para a redução do mesmo e para uma potencial resolução do problema. Adicionalmente foi transmitido à enfermeira chefe o nome deste aparelho, bem como as características do mesmo, ao qual a mesma mostrou o seu interesse em adquirir o dispositivo para o seu serviço e inclusive entrou em contacto com a empresa. Segundo Santos & Miguel (2012), a OMS, em 1999 definiu valores limite de ruído para ambiente hospitalar que não deviam exceder níveis sonoros contínuos equivalentes de 40dB no período diurno e 35 dB no período noturno. Outras entidades, como a United States

Environmental Protection Agency e a Associação Brasileira de Normas Técnicas, sugeriram valores limite de 45 dB diurno e de 35 dB noturno. No entanto, diversos estudos têm demonstrado que os níveis de pressão sonora em hospitais são superiores aos recomendados, nomeadamente em UCI, podendo variar entre 55 dB e 70 dB.

A legislação portuguesa contempla o Decreto-Lei n.º 182/2006 de 6 de Setembro, que transpõe a Diretiva n.º 2003/10/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de fevereiro, que descreve as prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à exposição dos trabalhadores aos riscos devido ao ruído. (Santos & Miguel, 2012)

Este decreto vem definir que não é permitida, em situação alguma, a exposição pessoal diária ou semanal de trabalhadores a níveis de ruído iguais ou superiores a 87 dB ou a valores de pico iguais ou superiores a 140 dB, sendo estes valores definidos como os valores limite de exposição ao ruído, valores acima destes são considerados os que põem em risco a audição (Santos & Miguel, 2012) . Muitas vezes, tanto os profissionais, como os doentes, estão expostos a estes valores.

Após exposição desta temática, considero que o ruído em cuidados intensivos é um tema que carece de investigação, no sentido de procurar intervenções que possam ser implementadas de forma a promover o bem-estar da pessoa em situação crítica.

Deste modo, foi um tema que continuei a trabalhar nos restantes contextos de estágio, através da realização de uma revisão integrativa da literatura (ver apêndice I). Inicialmente foi formulada a seguinte questão de pesquisa: “Quais as intervenções de Enfermagem, no controlo do ruído, para a promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica?”

Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) após formulada a questão PICO, deve-se iniciar a pesquisa bibliográfica de evidências nas bases de dados. A colheita de dados ocorreu durante o mês de setembro de 2021 nas bases de dados: EBSCO e biblioteca virtual em saúde.

Santos et al. (2007) defendem ainda que a seleção dos termos nas bases de dados, deve ter em conta a identificação dos termos designados por descritores, que devem estar interligados a cada um dos componentes da estratégia PICO. Defendem também a utilização dos operadores booleanos: AND, OR e NOT, que possibilitam executar combinações dos descritores utilizados na procura. Definiu-se para a pesquisa bibliográfica de evidências os seguintes descritores e operadores booleanos: *Noise AND sound AND sleep AND delirium AND intensive care unit*.

Após a realização da pesquisa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Definiram-se como critérios de inclusão: artigos de idioma inglês e português, apresentados em texto

integral, cujo título e/ ou resumo fizessem referência à temática compreendidos entre 2010 e 2020. No que se refere aos critérios de exclusão definiram-se a população em idade pediátrica e os estudos que não propunham intervenções para o controlo do ruído.

Da pesquisa nas bases de dados resultou na identificação de 10 artigos. Num primeiro momento foi realizada uma leitura dos títulos. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica, estabeleceu-se uma amostra de 3 artigos. Após análise incluíram-se todos para a elaboração da revisão.

Para que fosse possível uma apresentação de dados mais objetiva, foi elaborado um diagrama prisma.

Posteriormente, com o objetivo de sistematizar a informação dos artigos mais relevantes para o tema, os dados obtidos dos estudos foram compilados numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a interpretação dos resultados.

Os 3 artigos foram de encontro à necessidade de implementação de um conjunto de intervenções, que diminuíssem a incidência do delirium e aumentassem a qualidade do sono da pessoa em situação crítica.

Segundo os resultados de Patel, Baldwin, P.Bunting, & Laha (2014), a implementação de uma bundle diminuiu significativamente os níveis de ruído e luz, tendo como consequência uma redução na incidência e duração do delirium e um sono reparador. As intervenções usadas na bundle incorporaram estratégias de estudos anteriores, que já tinham mostrado benefícios.

Durante 21 dias implementaram a bundle na UCI, que consistia no:

- Controlo do ruído: fechar todas as portas; ativar o modo noturno dos equipamentos entre as 23h e as 7h; reduzir o volume em todos os telefones entre as 23h e as 7h; ausência de conversas não clínicas junto dos doentes; profissionais e as visitas deviam falar calmamente; oferecer tampões de ouvidos a todos os doentes com score na escala de RASS maior que -4.
- Controlo da luminosidade: Diminuição da intensidade da luz entre 23h e as 7h; usar apenas a luz da cabeceira aquando da prestação de cuidados entre as 23h e as 7h; oferecer venda a todos os doentes com score na escala de RASS maior que -4.
- Cuidados aos doentes: agrupar os vários cuidados a prestar; completar os cuidados antes das 23h e adiá-los até às 8h (dentro do possível); orientar os doentes

quanto ao tempo e espaço a todas as 8h; se os doentes não dormirem adequadamente providenciar uma revisão terapêutica; estabelecer objetivos diários de níveis de sedação; avaliar diariamente a possibilidade dos doentes com ventilação mecânica puderem realizar suspensão momentânea de sedação (durante o dia); avaliação horária da dor (com escalas adequadas); garantir a mobilização precoce quando possível e apropriado.

Patel et.al (2014) mencionam ainda que os sedativos são amplamente usados para tratar a privação de sono na UCI. No entanto, estão associados a um risco aumentado de delirium. As benzodiazepinas mostraram-se ser particularmente culpáveis em aumentar este risco. Assim, sugeriram evitar esta classe de medicamentos, com a opção pelo uso de sedativos alternativos, como a dexmedetomidina, que se tem mostrado eficaz na redução da incidência de delirium. Reforçam a ideia da necessidade de avaliar a sedação diária, permitindo que se identifique a menor dose de sedativos que garantam o conforto e a segurança dos doentes, reduzindo os efeitos adversos do sono e do delírio. Concluíram que as 3 principais barreiras identificadas que comprometiam o bem-estar do doente (ruído, luz e cuidados à pessoa em situação crítica), foram abordadas com sucesso.

No ano de 2017, Pol, Itersona, & Maaskant, no seu estudo também conseguiram mostrar que com um protocolo para a diminuição do ruído noturno, conseguiam reduzir a incidência de delirium na unidade de cuidados intensivos. O seu estudo envolveu 2 fases, antes e após o protocolo de redução de som noturno, em que consistiu: evitar conversas não clínicas em torno da pessoa em situação crítica; delinear o plano de cuidados, limitando o número de interrupções do sono (dentro do possível); realizar configurações de alarme adequadas ao nível da pessoa em situação crítica e minimizando o volume do mesmo; fechar as portas; fornecer tampões se o estado clínico o permitir; remover plásticos de medicação ou outros fora da unidade.

A redução da incidência de delirium é importante, pois contribui para uma melhor recuperação da pessoa em situação crítica, uma menor permanência na UCI e no hospital, produzindo uma menor taxa de mortalidade. Segundo estes autores houve uma diminuição significativa no tempo de internamento hospitalar entre os grupos pré e pós-intervenção. Justificam estes resultados com o facto de existir uma menor incidência de delirium; no entanto, alertam que este resultado deve ser interpretado com cautela, pois o tempo de internamento hospitalar é influenciado por muitos fatores. (Pol, Itersona, & Maaskant, 2017)

Ainda segundo a ideia destes autores, os desenvolvimentos tecnológicos e os níveis de atividade nas UCI têm contribuído para o aumento do ruído de fundo. As medições eram realizadas nas unidades dos doentes antes e durante as intervenções para estabelecer objetivamente os níveis sonoros noturnos. Na medição de som durante 5 noites, os níveis de som medianos estavam entre 41 e 52 dB e o nível de som nunca foi ≤ 35 dB. O pico de som foi de 82,7 dB e 10,4% das medições mostraram níveis sonoros >70 dB. Após a implementação do protocolo de redução de som noturno, os níveis de som à noite eram mais baixos do que descrito na maioria das pesquisas anteriores. No entanto, salientam que continuavam maior que 35/40 dB, e que até ao momento, nenhuma pesquisa foi capaz de atingir os níveis recomendados pela OMS. (Pol, Itersona, & Maaskant, 2017)

Considerarei importante ainda, analisar a revisão da literatura realizada por Lim (2018), uma vez que acrescentava uma nova intervenção, que não tinha sido mencionada nos 2 estudos anteriores, o momento de “quiet time”.

Um dos artigos que este autor analisou, examinou o efeito das intervenções no momento de silêncio numa UCI de neurocríticos, comparando a frequência do sono durante um período de quiet time (diminuição dos estímulos de luz e som) com um período normal de cuidado. Os resultados revelaram que a probabilidade geral dos doentes estarem a dormir foi 1,5 vezes maior no grupo de intervenção do que no grupo de cuidado normal; portanto, diminuindo a luz e os níveis de som na UCI aumentaram a probabilidade de os doentes conseguirem dormir. Resultados semelhantes foram encontrados noutro estudo, em que analisaram o efeito de um momento de silêncio implementado entre 14h e 16h, descobrindo que os doentes estavam 4 vezes mais propensos a estar a dormir durante o momento de silêncio, do que na meia hora anterior. (Lim, 2018)

Adicionalmente, dá ainda destaque a um outro estudo em que se investigou a eficácia de usar diretrizes para o ruído e para a redução de luz, na melhoria da qualidade do sono. A intervenção envolveu a redução dos níveis de luz e som e o mínimo de interrupções entre 23h e 5h, demonstrando melhorias na qualidade do sono. (Lim, 2018)

Além de melhorar a qualidade do sono, esta revisão da literatura identificou vários outros benefícios clínicos do momento de silêncio, incluindo a administração reduzida de sedativos, redução da incidência de delirium, efeitos positivos nos parâmetros fisiológicos dos doentes e nos níveis de stress entre profissionais de saúde. McAndrew et al (2016) examinou o efeito de um período de silêncio - luzes apagadas, cortinas fechadas e televisores desligados entre as 14h e 16h - em 72 doentes que estavam com ventilação mecânica. Descobriram assim,

que os sedativos foram administrados com menos frequência após a implementação deste momento, o que facilitou a diminuição da necessidade de ventilação mecânica, o que pode explicar a diminuição da permanência dos doentes em UCI. Estes autores também encontraram uma diferença significativa na frequência respiratória, com 32 doentes a apresentarem frequências respiratórias mais baixas após a implementação do tempo de silêncio. A exposição de McAndrew et al (2016) foram consistentes com Pol et al. (2017), que descobriu que menos medicamentos indutores do sono foram usados no período pós-intervenção. (Lim, 2018)

A implementação do momento de silêncio pode também melhorar o ambiente na UCI para os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde geralmente trabalham num ambiente stressante. O stress induzido pelo ruído também foi relatado como um preditor de 'burnout' em enfermeiros, o que pode resultar em problemas emocionais, exaustão e despersonalização. Além disso, o ruído contínuo foi associado a taquicardia, bem como sendo um influenciador negativo no desempenho no trabalho. Dois estudos incluídos nesta revisão da literatura descobriram que os enfermeiros responderam positivamente às intervenções do momento de silêncio. (Lim, 2018)

Este autor conclui que o momento de silêncio, associado à redução dos níveis de luz e ruído é uma estratégia eficaz na produção de um ambiente saudável para os doentes e para os profissionais de saúde.

Através da revisão integrativa da literatura foi possível comprovar que os vários estudos transpõem que os valores praticados nos serviços hospitalares, são muito acima do que é preconizado. Dos vários serviços, a unidade de cuidados intensivos é dos mais ruidosos. Facilmente se compreende esta situação com os alarmes existentes dos monitores, as conversas entre profissionais, a necessidade de transporte dos doentes para a realização de exames, entre outros. Estes níveis exagerados de ruído prejudicam o bem-estar da pessoa em situação crítica, tendo consequências, como o aumento do delirium e a diminuição da qualidade do sono e por consequente no aumento do tempo de recuperação, pelo que deve ser um problema que merece a atenção e intervenção especializada de Enfermagem.

A privação de sono é comum entre a pessoa em situação crítica e pode estar associada ao delirium. Os altos níveis de ruído correlacionam-se com a má qualidade do sono. Estudos referem que as reduções individuais de ruído, luz e mudança no plano de cuidados são, portanto, improváveis que tenham um impacto significativo na privação de sono. Evidências

anteriores demonstraram que abordar vários desses fatores simultaneamente pode alcançar melhorias significativas.

A realização desta revisão integrativa, possibilitou a consciencialização da influência do ruído no bem-estar da pessoa em situação crítica. Não apenas o controlo do ruído se torna importante, como o controlo da luz e do plano de cuidados do doente, bem como a necessidade de implementação de momentos de silêncio.

A implementação de uma bundle que envolve um conjunto de intervenções no controlo do ruído, luminosidade e cuidado aos doentes, acrescentada da implementação do tempo de silêncio, tem efeitos benéficos na recuperação das pessoas em situação crítica.

Apesar de ser concordante para todos que os SMI produzem um ruído muito superior ao que é preconizado, ainda há poucos estudos realizados sobre esta temática em Portugal. Assim, era sugerido um estudo português que avaliasse o impacto da implementação de um conjunto de intervenções que promovessem o bem-estar da PSC, com resultados positivos na diminuição do delirium e no aumento da qualidade de sono da mesma.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR ESPECIALIZADO

O processo de cuidar coloca o desafio aos profissionais da necessidade de desenvolvimento de conhecimentos e capacidades.

Segundo Serrano, Costa, & Costa (2011) os enfermeiros são os atores no processo de mudança, e os contextos onde estão inseridos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Competência pode ser definida como um saber agir de forma responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional. Envolve saber “selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, habilidades, considerando as aprendizagens pessoais (biografia e socialização), a formação educacional (saberes, valores e atitudes) e a experiência profissional”. (Amaral & Figueiredo, 2021)

Deste modo, o enfermeiro especialista é reconhecido por ter a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados.

A OE preconiza que os enfermeiros devem adquirir competências específicas e comuns enunciadas respetivamente no Regulamento da respetiva área de Especialidade em Enfermagem e no Regulamento de Competências Comuns.

Ao longo deste percurso foram realizadas intervenções e atividades de forma a serem atingidos os objetivos específicos delineados inicialmente, bem como adquiridas as competências necessárias para prestar cuidados à PSC e à sua família.

De referir que são apenas abordados neste capítulo alguns dos objetivos definidos inicialmente, os que considere terem contribuído de forma mais significativa para o meu processo de aprendizagem, enquanto futura enfermeira especialista.

Adicionalmente, considere importante descrever de uma forma breve, os contextos de estágio onde tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos, capacidades e competências, essenciais para o sucesso do meu caminho.

Conhecer a organização e funcionamento dos serviços torna-se importante de forma a perceber a sua relação com os cuidados prestados.

O primeiro estágio iniciou-se no Serviço de Medicina Intensiva. Como sabemos, nem todas os SMI têm as mesmas características ou capacidades.

O SMI onde estagiei caracteriza-se por ser uma UCI monovalente. As UCI designam-se por ser monovalentes quando mais de 90% dos episódios de internamento se referem a uma única especialidade médica ou cirúrgica. (Ministério da Saúde, 2013)

Os episódios de internamento referem-se todos à área da oncologia pelo que se designa de monovalente.

Estas unidades devem na mesma possuir todos os critérios para serem classificadas como unidades de nível III. O Serviço tem capacidade para 8 camas de nível III. Normalmente são unidades que pelas suas características, são encontradas em hospitais de referência.

O SMI onde estagiei insere-se numa instituição de saúde de referência nacional e internacional no tratamento, investigação e ensino do cancro.

Na rede pública de cuidados hospitalares é vista como uma instituição altamente diferenciada de cuidados especializados e de natureza muito específica. De salientar que é a unidade de referência de última linha em cuidados oncológicos da região norte, recebendo situações complexas e dispendiosas, tendo uma área de referência com mais de 3,7 milhões de habitantes.

Situa-se no piso 4, onde se encontra também a unidade de cuidados intermédios e o Bloco Operatório (BO), sendo a proveniência da maior parte dos doentes, o BO. O facto de estes serviços estarem próximos, é uma mais-valia, uma vez que o percurso de transporte do doente se torna extremamente curto, diminuindo a possibilidade de complicações inerentes ao mesmo.

Como referido anteriormente, a proveniência dos doentes é maioritariamente do BO, no entanto também acontece serem admitidos pelo Serviço de Atendimento Não Programado ou transferidos de outro serviço do hospital.

A admissão do doente no serviço é da responsabilidade médica, que tem o cuidado de transmitir a informação à equipa de enfermagem. Cabe ao enfermeiro que está responsável pelo doente a admitir, de verificar e preparar a unidade, de acordo com a condição clínica do doente.

Foi possível ao longo do período do estágio, colaborar na preparação da unidade dos doentes que iriam ser admitidos, nomeadamente na verificação do ventilador, bem como das saídas de oxigénio. As altas eram normalmente realizadas no turno da manhã, maioritariamente para o internamento das cirurgias ou para a unidade de cuidados intermédios, sendo

responsabilidade do enfermeiro responsável de turno articular as vagas disponíveis com a gestão de camas.

O segundo estágio foi realizado num serviço de urgência de um Hospital de Referência no Norte do País.

Em função das suas características este serviço de urgência é designado por Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) segundo o Despacho n.º 10319/2014.

O SUMC é o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, deve servir de apoio diferenciado aos serviços de urgência básico e referenciar para serviço de urgência polivalente em situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou de especialidades que não existam no hospital. (Despacho n.º 10319/2014)

Segundo o plano de orçamento de 2021 deste hospital em 2020 houve uma atividade assistencial por parte do SU de 73 321. (ULSM, 2020)

O Serviço de Urgência situa-se no piso -1 junto do SMI, e está disposto em forma de U, englobando 3 alas: a primeira ala inclui a triagem que possui 2 gabinetes de triadores, a sala de emergência com capacidade para 2 doentes, a sala de trabalho da área médica, a sala de inaloterapia, designada por ST1, a sala de tratamentos 2, e gabinetes médicos; uma outra ala comporta o gabinete do Enfermeiro Chefe, do Diretor de Serviço, a sala de pequena cirurgia, a sala de ortopedia, os gabinetes das respetivas especialidades e o gabinete de radiologia; a terceira ala é composta pela sala de observações designada por OBS, que face à pandemia sofreu ajustes, dividindo uma parte para OBS COVID.

Segundo Benner (2001) citado por Amaral & Figueiredo (2021) a forma como o enfermeiro adquire e evolui no desenvolvimento de competências relaciona-se com as experiências que vivência e a forma como estas são ensinadas.

Seguidamente são apresentadas as experiências que considereei que contribuíram de forma mais significativa para a aquisição de competências, enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta os domínios de competências presentes no Regulamento n.º 140/2019.

- **Domínio da Responsabilidade Ética e Legal**

A prestação de cuidados de Enfermagem centra-se numa relação interpessoal do enfermeiro com o doente e família em que todos os envolvidos possuem valores, crenças e desejos de natureza individual resultante dos ambientes em que estão inseridos. Deste modo, na prática de cuidados, o enfermeiro deve destacar-se pela sua capacidade de compreender e respeitar os outros, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa em situação crítica e à sua família.

Por sua vez, o Código Deontológico, que rege a nossa profissão, determina o cuidar da pessoa sem qualquer “ discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, bem como o dever de se abster de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. (Lei nº 156/2015)

De realçar, que prestar bom cuidado, não significa o mesmo para todos os doentes, o que exige dos enfermeiros uma maior sensibilidade para lidar com estas diferenças, de forma a respeitar e promover a satisfação dos mesmos.

De forma a adquirir competências neste domínio foi estabelecido o seguinte objetivo específico: Demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

O respeito pelos valores, crenças de cada pessoa, bem como o assegurar o acesso à informação, respeitando a pessoa quanto à sua escolha e à sua autodeterminação dos cuidados que lhe são prestados, é crucial para a prestação de cuidados humanizados e com qualidade.

Deste modo, procurei sempre informar a PSC e a sua família relativamente aos cuidados de Enfermagem que iriam ser prestados, bem como respeitar, defender e promover o consentimento informado, atendendo sempre com muito cuidado e de forma responsável a todo o pedido de informação ou explicação que me era solicitado face aos cuidados prestados.

As necessidades humanas da PSC e da sua família por vezes são descentralizadas devido à excessiva tecnologia existente nos ambientes em que estão inseridos.

Enquanto aluna de especialidade foi minha prática, não priorizar os procedimentos técnicos, mas sim realizar um trabalho humanizado, atendendo aos sentimentos de pudor e de vulnerabilidade inerentes à PSC, respeitando a sua intimidade e privacidade.

Os SMI são serviços como sabemos de elevado teor tecnológico tornando-se um local interessante e entusiasmante para os profissionais de saúde desenvolverem as suas capacidades e competências, no entanto, sabemos que o doente sente exatamente o oposto.

Quando a PSC é admitida nestes serviços altamente tecnológicos, bem como em serviços de urgência em contexto emergente, temos a tendência de desvalorizar a pessoa em si. O

indivíduo que está deitado naquele momento numa maca, é alguém com certeza que tem os seus medos, as suas preocupações, que está a vivenciar algo desconhecido.

É importante que não nos esqueçamos de valorizar as necessidades plurais da PSC, fazendo-o de uma forma biopsicossocial e não apenas tendo em conta a disfunção orgânica que possa existir.

No SMI penso que por vezes há a tendência de considerarmos que os doentes estão sedados e acabamos por não os envolver no processo de cuidados, o que os faz sentir mais vulneráveis. Por outro lado, há muitas vezes a necessidade de expor o doente, para uma correta observação, por exemplo para avaliar o tempo de preenchimento capilar, ou por ser necessário o arrefecimento corporal. A preocupação ao longo do estágio passou por perceber a necessidade de exposição do doente, o que necessitava de ficar visível e por quanto tempo. Também no SU houve esse cuidado, uma vez que na sala de emergência e noutros setores é necessário expor o corpo do doente crítico, muitas vezes estando relacionado com a sua instabilidade clínica.

No serviço de urgência o espaço físico é sem dúvida na minha opinião um dos fatores que acresce vulnerabilidade à PSC, se por um lado a situação de doença aguda já confere uma vulnerabilidade física, o facto de muitas vezes os doentes estarem numa sala sozinhos sem terem a presença de profissionais ou dos próprios familiares, faz com que se sintam abandonados, com medo, inseguros e com falta de proteção.

O serviço de urgência é um serviço confuso, por onde passam por dia inúmeras pessoas. Muitas vezes tínhamos de ir à sala de tratamentos realizar procedimentos a um doente, em que para além dele, estavam mais pessoas ao seu lado, pelo que procurei garantir a privacidade da PSC, com a utilização de cortinas existentes na sala.

No entanto, facilmente entendemos que as cortinas podem não ser o melhor método, uma vez que se tornam elementos de contaminação, além de poderem, ao longo do tempo, perder as qualidades ignífugas. Também não são o melhor sistema para isolamento acústico. A evidência diz-nos que se possível devem ser substituídas por outros sistemas de compartimentação. (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015)

Sabe-se que não é fácil cumprir a privacidade no SU, muitas vezes devido à grande afluência que se sentia, a sala de espera médica tinha várias cadeiras de rodas e macas, sem o espaço devido entre elas. Também por outro lado, as áreas de “open space” permitiam visualizar melhor os doentes instáveis, no entanto não contribuíam para uma maior privacidade. Em algumas áreas do SU não existiam cortinas para salvaguardar a privacidade do doente na

realização de procedimentos mais invasivos e expostos, que são executados muito frequentemente.

Deste modo, durante o estágio procurei adequar o espaço às necessidades, nomeadamente, ajustar o volume da voz quando falava com o doente, de forma que só ele ouvisse o que tinha para informar, utilizar cortinas quando tinha necessidade de realizar algum procedimento numa sala com mais pessoas, e se não houvesse as condições necessárias para a prestação de cuidados naquela área, transportava os doentes com autonomia afetada para locais resguardados de forma a providenciar a privacidade.

Respeitar o doente para além de respeitar a sua vulnerabilidade é informá-lo e obter o seu consentimento, quando possível, para a realização de qualquer intervenção e tratamento.

A intervenção enquanto enfermeira especialista caracterizou-se por informar o doente e a família dos procedimentos que iria realizar, obtendo para tal o seu consentimento, esclarecendo as dúvidas que podiam existir, repetindo e validando a perceção da informação sempre que necessário.

Inúmeras vezes, em ambos os campos de estágio, foi necessário recorrer ao consentimento presumido. Aconteceu em várias situações na sala de emergência, quando o doente não teve capacidade de dar o seu consentimento porque estava inconsciente e era necessário realizar certas intervenções, tendo-se assumido este princípio. Assim, é considerado que o doente teria consentido se tivesse capaz de o fazer. No SMI por outro lado, muitas vezes os doentes estavam sedados e não era possível suspender a sedação para questionar se consentiam que se fizesse certos procedimentos.

Neste sentido, é uma realidade que a PSC se encontra muitas vezes exposta, vulnerável pelo seu grau de dependência ou muitas vezes pela instabilidade do seu estado clínico que a torna incapaz de decidir sobre si. É reconhecido que a maioria dos indivíduos vai experimentar este fenómeno durante a hospitalização, sendo que esta experiência é vivenciada de forma diferente por cada doente.

O facto de esclarecermos e informarmos sobre as intervenções que vamos realizar faz com que a pessoa se sinta mais acompanhada e respeitada e conseqüentemente que diminua o medo e o stress que são referidos pela PSC como sentimentos vivenciados.

A partilha de informação, bem como a privacidade contribuem sem dúvida para a diminuição da vulnerabilidade.

Assim, penso que é importante tomarmos uma decisão indo de encontro aos princípios éticos em cuidados de saúde: beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia, princípio de justiça, não esquecendo o tão importante princípio da vulnerabilidade.

Deste modo, considero ter atingido competências no **Domínio da Responsabilidade Ética e Profissional ao desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área da pessoa em situação crítica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.**

- **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Uma das competências inerentes ao enfermeiro especialista está relacionada com o domínio da melhoria contínua da qualidade.

Os enfermeiros enquanto profissionais habilitados com reconhecida competência científica, devem basear a sua prática clínica em padrões de qualidade de cuidados, zelando pela segurança dos mesmos.

Enquanto enfermeiros especialistas, os enfermeiros são responsáveis pelo desenvolvimento profissional com o objetivo da melhoria contínua da qualidade, pelo que todas as suas intervenções devem ser realizadas para concretizar esse objetivo. (Azevedo, Sousa, & Sílvia, 2020)

Como sabemos, tendo em conta o Regulamento de Competências Comuns do enfermeiro especialista o enfermeiro deve “basear a sua prática clínica em evidência científica tendo como finalidade a promoção de saúde e a qualidade dos cuidados prestados”. (Regulamento n.º 140/2019)

Um dos elementos essenciais da qualidade na prestação de cuidados de saúde é a segurança do doente, pelo que considero importante refletir sobre esta temática neste domínio.

A segurança do doente é atualmente reconhecida como aspeto fundamental na procura de cuidados seguros e na redução de danos causados com a prestação dos mesmos.

A segurança da PSC no serviço de urgência bem como no serviço de medicina intensiva é difícil de obter. A prestação de cuidados envolve um elevado número de profissionais de saúde, que por sua vez têm à sua responsabilidade um elevado número de pessoas doentes. Acrescenta-se também o facto de muitas vezes esta prestação estar intimamente relacionada com a necessidade de dar respostas imediatas a situações urgentes e emergentes, o que por inúmeras vezes conduzem à ocorrência de incidentes. A necessidade de transferência do doente para outros serviços, bem como o ambiente barulhento e de difícil controlo pode levar a falhas na comunicação.

Os profissionais que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, tanto em ambiente de cuidados intensivos como em ambiente de urgência, trabalham em condições de elevada pressão, com várias interrupções e na maioria das vezes com o tempo contado.

Segundo Alshyyab, FitzGerald, Dingle et al., 2019 citado por Diz & Lucas (2020) embora existam muitas estratégias para melhorar a segurança dos doentes, a cultura de segurança é considerada uma abordagem central.

Segundo a OMS a cultura de segurança numa instituição de saúde define-se como o “conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões de segurança do doente.” (Despacho n.º 9390/2021)

O PNSD 2021-2026 pretende promover no sistema de saúde a prestação de cuidados seguros através de 5 pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

Indo de encontro à ideia do PNSD, a liderança e a gestão estão intimamente relacionadas com o domínio da qualidade, pelo que é necessário o enfermeiro especialista possuir competências no domínio da gestão, para ser possível prestar cuidados seguros.

Segundo Diz & Lucas (2020) a liderança é a base para aumentar a qualidade dos cuidados e para reduzir os custos em saúde.

A obtenção de qualidade em saúde tem como objetivo alcançar os melhores resultados nos cuidados aos doentes, nomeadamente, na promoção do seu bem-estar, como a satisfação dos mesmos. Para que seja possível atingir estes objetivos é necessário o empenho de todos os profissionais de saúde, bem como das organizações de saúde.

As condições e o contexto em que se prestam os cuidados tem influência na segurança e na efetividade dos mesmos. Não menos importante para a segurança dos doentes são a necessidade de recursos, bem como a correta dotação e adequação dos profissionais à necessidade dos cuidados.

O Regulamento n.º 743/2019 traduz-se num documento de apoio à gestão para realizar o cálculo de dotações seguras, de forma a evitar o problema de falta de recursos humanos ou de estes não serem os mais adequados. De salientar que este documento recomenda que sejam utilizados os rácios enfermeiro/pessoa doente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica.

Em particular, existiu a oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe no serviço de medicina intensiva, na realização das suas funções de gestor, nomeadamente na preocupação

de cumprir as dotações descritas anteriormente, tendo possibilidade de ver e aplicar as fórmulas recomendadas pela OE.

Segundo o PNSD 2021-2026, a comunicação é importante ao longo de todo o processo de cuidados, no entanto tem especial enfoque nos momentos de transição de cuidados, da transferência ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde. (Despacho n.º 9390/2021)

De forma a contribuir para a segurança do doente e permitir obter competências no domínio da qualidade foi estabelecido o seguinte objetivo específico: Partilhar a informação com a equipa de saúde de forma autónoma e clara.

Uma comunicação efetiva é fundamental ao longo de todo o ciclo de cuidados, mas sabemos que o momento de passagem de informação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de doentes merece um especial destaque.

Os doentes em meio hospitalar estão acompanhados por profissionais 24h/dia, pelo que a comunicação se torna uma peça fulcral para a articulação entre os diferentes profissionais. (Freire, 2017)

Segundo a perspetiva desta mesma autora, a qualidade da transmissão de informação é fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e baseia-se numa comunicação eficaz entre a equipa e entre equipas. Não esquecendo que os profissionais têm de desenvolver competências nesta área. Sabe-se que as falhas de comunicação são uma das causas de ocorrência de eventos adversos, em que, 70% tem influência a transmissão de informação. (Freire, 2017)

A continuidade de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre os profissionais de saúde, para a segurança da pessoa doente, devendo ser utilizada a técnica ISBAR. (Direção Geral da Saúde, 2017) Assim, procurei utilizar esta técnica aquando da passagem de turno nos serviços.

A técnica ISBAR funciona como um auxiliar de memória que permite de forma simples, memorizar informações por vezes complexas e que têm de ser transmitidas verbalmente: I- Identificação, S- Situação atual, B- Antecedentes, A- Avaliação, R- Recomendações. Segundo a norma de comunicação segura da DGS, a identificação corresponde à “identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;” Situação atual: “Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;” Antecedentes: “Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;” Avaliação:

“Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; “Recomendações: “Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente”. (Direção Geral da Saúde, 2017)

Note-se que tive a oportunidade de realizar de forma autónoma a passagem de turno dos doentes a meu cargo no SMI. A informação influencia a tomada de decisão clínica, pelo que existiu sempre a preocupação da minha parte de que a informação que estava a transmitir fosse precisa e fiável, uma vez que segundo Sousa, et al. (2019) a continuidade dos cuidados depende da qualidade com que estes dados são partilhados.

A partilha de informação é um ponto fulcral na prestação de cuidados e na promoção de bem-estar do doente. Se o fizermos adequadamente é a chave para que seja garantida a qualidade e continuidade dos cuidados à PSC. De tal forma que, também no SU procurei partilhar a informação de forma adequada, procurando para o efeito a evidência mais atual do que de facto seria relevante de transmitir aos colegas.

Segundo Sousa, et al, (2019) a passagem de turno no SU deve englobar a identificação do doente, situação atual, informações pertinentes, antecedentes de saúde, cuidados prestados e o plano de cuidados instituído.

No início do estágio tornou-se uma preocupação, o facto de como iria conseguir saber a informação de inúmeros doentes, bem como a iria transmitir aos colegas de forma a haver uma continuidade de cuidados. No entanto, com o tempo e com a ajuda dos meus tutores, consegui gerir prioridades e a informação mais pertinente a transmitir, e no final do estágio consegui perceber que já conseguia ter uma visão ampla dos doentes que se encontravam na área onde prestava cuidados e quais as informações pertinentes que eram necessárias transmitir.

A OMS e a Comissão Europeia recomendam ainda a notificação do erro em sistemas próprios bem como a implementação de processos de melhoria, numa cultura que não seja punitiva, mas de melhoria contínua, em que se promova a aprendizagem com o erro, de forma a proteger sempre o notificador. (Despacho n.º 1400-A/2015)

Como sabemos a ocorrência de incidentes é uma realidade presente nas instituições de saúde. Deste modo, o PNSD 2015-2020 incentiva à implementação de estratégias que possam diminuir estes incidentes, uma vez que se traduz em ganhos em saúde. (Despacho n.º 1400-A/2015)

Deste modo, como futura enfermeira especialista procurei identificar fatores que levassem a incidentes, para que posteriormente pudesse encontrar estratégias para melhorar a incidência dos mesmos, formulando o seguinte objetivo: Conhecer e participar na gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados, salvaguardando a segurança dos cuidados.

Segundo Monteiro, Avelar, & Pedreira (2015) as interrupções das tarefas que os profissionais de saúde estão a desempenhar contribuem para a ocorrência de erros e são a principal causa de falhas nas instituições hospitalares.

Este estudo demonstrou ainda que raramente os enfermeiros conseguem realizar uma atividade até ao fim sem haver uma interrupção, que muitas vezes estava relacionado com a gestão do serviço, a necessidade de assistência à PSC, bem como o facto de os enfermeiros serem os mais solicitados para prestarem informações aos doentes e às suas famílias. (Monteiro, Avelar, & Pedreira, 2015)

Um dos estudos destes autores referiu que o enfermeiro foi interrompido 43 vezes num espaço de 10 horas. Um outro estudo identificou que de entre as 14 interrupções que ocorreram durante a administração de medicamentos, 9 eram evitáveis. Os motivos caracterizavam-se por: necessidade de atender as solicitações médicas ou de outros profissionais, pelos alarmes que tocavam ou pelas prescrições incompletas.

Após partilha deste estudo com os colegas do SU, nomeadamente com os tutores, procurei encontrar estratégias que me pudessem ajudar a mim e à equipa, a não sermos interrompidos tantas vezes. De facto, foi possível controlar as interrupções, alertando os pares para a importância da tarefa que estávamos a executar e dos erros que poderiam acontecer. Concordou-se também que um número apropriado de profissionais, a boa colaboração entre a equipa e os incentivos dos gestores para notificar os erros caso ocorram, contribuíam também para uma prática mais segura.

Também nos cuidados intensivos, houve a preocupação de gestão do risco.

Como sabemos, os SMI caracterizam-se por ter doentes em condições clínicas graves, que exigem muitas vezes intervenções complexas, conseqüentemente sabemos que a administração de medicamentos é propensa a erros por múltiplas razões.

Segundo um estudo de Souza, Silva, Lopes, Diniz, & Ferreira (2019) os erros associados a medicações podem “acometer até 947 de 1.000 pacientes/dia em unidades de terapia intensiva e elevar os custos hospitalares em até 2,8 milhões de dólares”. Descrevem ainda que em estudos anteriores se faz referência que em cada cinco medicamentos administrados ao doente acontece um erro.

Com o objetivo de reduzir a ocorrência destes erros, algumas estratégias têm vindo a ser implementadas. Uma das estratégias corresponde à identificação das seringas através de etiquetas com cores. Utiliza-se assim cores diferentes, considerando a classe medicamentosa. No entanto, apesar de no serviço acontecer a identificação das seringas com etiquetas devidamente reconhecidas com o fármaco, as cores das etiquetas não estavam consoante a classe de fármacos, o que no meu ponto de vista, poderia ser a causa de um erro futuro.

Por conseguinte foi discutido com o enfermeiro em funções de chefia do serviço sobre esta questão, mostrando a documentação encontrada, ao qual me respondeu que já tinha sido alertada a Direção de Enfermagem, mas teriam de gastar as etiquetas que tinham por uma questão de custos e que as próximas já viriam corretas.

Ao refletir sobre situações problemáticas ou potencialmente problemáticas, contribuiu para **o desenvolvimento de práticas de qualidade, tendo adquirido competência na consciência crítica para os problemas da prática profissional.**

Como já foi referido, não podemos falar de ambientes seguros sem falar de uma boa gestão de cuidados e adicionalmente de profissionais de saúde com conhecimento e formação, pelo que considero importante desenvolver competências nos domínios de gestão de cuidados e de desenvolvimentos de aprendizagens, que abordo de seguida.

- **Domínio da Gestão de cuidados**

Um dos objetivos específicos elaborados para atingir competências no domínio da gestão prendeu-se com a necessidade de conhecer a dinâmica da gestão dos serviços a nível dos recursos humanos, materiais e cuidados de Enfermagem.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de colaborar em atividades na área de gestão, nomeadamente colaborar com o enfermeiro chefe do serviço na elaboração do horário de assistentes operacionais e enfermeiros, bem como na coordenação e orientação da equipa.

Além disso, tive ainda oportunidade de colaborar com os enfermeiros tutores, enquanto responsáveis de turno, tendo sido importante refletir sobre o papel do responsável de turno, para além da prestação direta de cuidados ao doente.

O papel de responsável de turno por norma é atribuído ao enfermeiro especialista, uma vez que é o profissional mais bem preparado e com competências a nível da gestão. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

O papel de responsável de turno envolvia muitas vezes a necessidade de tomada de decisão e a resolução de problemas.

No SMI era função do responsável do turno lidar com vários aspetos burocráticos, nomeadamente: pedidos de medicação em falta à farmácia, contabilização dos estupefacientes, verificação de stock e pedidos de materiais, realização do teste ao desfibrilhador, notificação de avarias e pedido de resolução das mesmas. Acrescido ainda a função de gestão dos recursos humanos, nomeadamente, distribuição dos doentes pelos profissionais de forma equilibrada e, quando necessário, proceder à substituição de enfermeiros e assistentes operacionais por ausências não planeadas.

O médico informava também o responsável de possíveis admissões que iriam acontecer no turno, proveniente do bloco ou mesmo de uma urgência, cabendo ao enfermeiro responsável gerir as vagas, por exemplo, se fosse um doente que já se soubesse que iria precisar de realizar hemofiltração ficava na unidade que já estaria preparada para este tipo de procedimento.

De realçar ainda, que havia o cuidado de ao enfermeiro responsável de turno ser atribuído sempre que possível, um doente com menor grau de dependência e complexidade de cuidados de Enfermagem, uma vez que já tinha a seu encargo outras funções. Verifiquei também que havia um cuidado pelo enfermeiro chefe bem como pelo responsável de turno de ajustar os doentes à experiência dos profissionais, de forma a zelar pela segurança do doente, uma vez que na altura em que estagiei, havia elementos que tinham acabado a integração no serviço há pouco tempo. Do mesmo modo, existia ainda a preocupação de haver rotatividade dos doentes pelos profissionais, de forma a não existir sobrecarga de trabalho sempre nos mesmos elementos.

Apesar de o serviço se caracterizar por adaptar um método individual de trabalho, também era praticado o método de trabalho em equipa, nomeadamente aquando da admissão de um doente em que havia uma entreajuda entre os elementos presentes no turno.

Também no SU tive oportunidade de acompanhar os tutores em funções de responsável de turno.

No SU, o enfermeiro apoiava outros setores quando era necessário, ficando muitas vezes como elemento extranumerário, geria os horários das refeições de forma a haver um equilíbrio e a prestação de cuidados nunca ser afetada, verificava os armazéns e a necessidade de pedir material.

O responsável de turno no período da manhã tinha ainda uma reunião com a equipa médica, em que eram discutidas e geridas as vagas presentes no serviço e no hospital, funcionando o responsável de turno como o ponto de articulação com a equipa médica, cooperando diretamente com o chefe de equipa naquele turno.

A comunicação interprofissional pode ser entendida como a capacidade de comunicação efetiva entre profissionais, nomeadamente entre profissões diferentes, de maneira colaborativa. A 2ª meta estabelecida entre a Joint Commission International e a OMS é precisamente melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde que estão envolvidos na prestação de cuidados. (Coifman, Pedreira, Jesus, & Batista, 2021)

No meu entender, o facto de o chefe de equipa incluir o enfermeiro nas tomadas de decisão e valorizar o seu papel, contribui para uma comunicação interpessoal efetiva, o que se traduz em resultados positivos na assistência à PSC, nomeadamente minimiza a ocorrência de erros e consequentemente favorece a segurança do doente.

Não menos importante torna-se o papel do enfermeiro gestor na criação de um ambiente de prática de Enfermagem favorável (APE), ou seja, um ambiente positivo de forma a promover a prestação de cuidados de qualidade.

Segundo Lake (2002) citado por Anunciada & Lucas (2021) um APE é definido como “as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros.”

A literatura mais atual diz-nos que um APE favorável traduz-se em resultados favoráveis aos doentes, bem como num aumento da satisfação dos enfermeiros, que faz com que os mesmos queiram permanecer na instituição, mantendo as equipas com dotações seguras e equilibradas. (Anunciada & Lucas, 2021) (Dorigan & Guirardello, 2017)

Assim, um APE positivo é caracterizado pela forma como se adapta os recursos humanos e materiais às situações, pelo papel ativo dos enfermeiros na governação das organizações, pela qualidade no atendimento e na prestação de cuidados de enfermagem, bem como pelos bons relacionamentos entre os diferentes grupos de profissionais de saúde. (Anunciada & Lucas, 2021)

Adicionalmente, têm um impacto significativo na qualidade e segurança dos cuidados prestados, no bem-estar dos profissionais e dos doentes, na qualidade e produtividade, e na eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde. (Anunciada & Lucas, 2021)

Todavia, APE pobres caracterizados por falta de apoio por parte da gestão, fraca liderança e um mau relacionamento entre os profissionais de saúde, estão relacionados com ocorrência

de eventos adversos, existência de complicações com necessidades de reinternamentos, aumento dos custos associados aos cuidados de saúde, profissionais insatisfeitos e consequentemente prestação de cuidados não eficazes, não eficientes, com a presença de conflitos e stress entre os profissionais de saúde dos diferentes grupos. (Anunciada & Lucas, 2021)

Um APE positivo traduz-se num APE seguro ao existir horários de trabalhos equilibrados, uma adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, recursos adequados, possibilitando tempo para dar resposta às necessidades dos doentes, fomentando a autonomia profissional e oportunidades de progressão profissional. (Dorigan & Guirardello, 2017)

Como futura enfermeira especialista, torna-se importante compreender que a liderança desempenha um papel crucial para a prestação de cuidados ao doente.

Um enfermeiro gestor deve ser um líder pelo que deve promover e facilitar a comunicação entre a sua equipa, fomentar as relações intra e interpessoais; construir e manter uma equipa forte.

Os enfermeiros, enquanto líderes, têm um papel importante para melhorar a comunicação com e entre a equipa, com o objetivo de promover cuidados de qualidade, com segurança e inovadores.

Termino dizendo que sem competências e conhecimentos, não se consegue ter um APE favorável. O enfermeiro gestor deve ser um motor de mudança para o caminho da excelência, pelo que tem o dever de organizar os recursos existentes, obtendo um ambiente seguro.

Em contexto de estágio foi possível participar juntamente com o enfermeiro tutor no desenvolvimento destas funções pelo que foi possível a aquisição de **competências ao nível da gestão**.

- **Domínio das aprendizagens**

Uma das competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais que se preconiza no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é a capacidade de basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

De forma a atingir este domínio foi estabelecido o objetivo específico: Executar cuidados individualizados e especializados baseados em evidência científica à pessoa em situação crítica, sendo facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

O enfermeiro especialista responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, ao diagnosticar necessidades formativas.

A procura do conhecimento científico tendo como finalidade a melhoria da prestação de cuidados à pessoa doente é um desafio constante na nossa prática clínica. A prática baseada em evidência define-se como a solução para o problema que é a tomada de decisão, que agrega a procura da mais recente evidência, a competência clínica do profissional, tendo em conta os valores e crenças da pessoa doente. É necessário definir um problema, procurar e avaliar criticamente as evidências disponíveis, para posteriormente as pôr em prática e avaliar os resultados obtidos. (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008)

A OE preconiza que o transporte intra-hospitalar do doente crítico, seja realizado por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

No SMI, o transporte do doente crítico intra-hospitalar nem sempre era realizado por um enfermeiro especialista, por uma questão de logística, uma vez que nem sempre os enfermeiros que estavam no turno eram especialistas.

A sociedade de Medicina Intensiva reforça a importância de se ter em conta todos os riscos que envolve o transporte nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica.

O transporte intra-hospitalar do doente crítico é um procedimento comum nos SMI. Apesar de ser uma ação inevitável, acarreta um conjunto de riscos que podem pôr em causa a segurança do doente, não apenas pelo próprio transporte, mas também pela natureza do doente crítico que se encontra mais suscetível à ocorrência de eventos adversos.

Os estudos revelam que em 33,3 % dos doentes que são submetidos a um transporte têm eventos adversos, no entanto, após a implementação de um protocolo de transporte a ocorrência dos mesmos reduz-se para 10,8%. (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020)

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos referem como incidentes mais frequentes: “extubação endotraqueal, exteriorização de acessos venosos, aporte inadequado de oxigénio, avaria do ventilador de transporte, exteriorização ou clampar inadvertidamente o dreno torácico e/ou falta de bateria dos equipamentos”. (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020)

Desta forma, pensei que seria pertinente a existência de uma check-list de transporte intra-hospitalar no serviço, tal como é recomendado pela Ordem dos Médicos e pela Sociedade

Portuguesa de Cuidados Intensivos. Foi proposto então a elaboração de uma check-list ao serviço (ver apêndice II).

A ideia foi aceite pela equipa multidisciplinar, inclusive acharam pertinente, uma vez que houve um episódio em que transportaram um doente ao TAC e só repararam que havia uma fuga no ventilador quando regressaram ao serviço, concordando que a check-list seria uma mais-valia para garantir a segurança do doente e do próprio profissional.

Por outro lado, quando um doente é internado devem ser identificados de imediato os fatores de risco para hipertensão intra-abdominal. A evidência diz-nos que se o doente apresenta 2 ou mais fatores de risco, a pressão intra-abdominal (PIA) deve ser avaliada. Se existirem mais de 3 avaliações crescentes de PIA (>12 mmHg), esta deve ser avaliada de 4/4 horas e se existe hipertensão intra-abdominal, então a PIA deve ser avaliada durante todo o internamento. (Malbrain M. L., et al., 2006)

Ao refletir sobre a importância da avaliação da pressão intra-abdominal com as enfermeiras tutoras, apercebemo-nos que havia uma necessidade de melhoria no procedimento da avaliação da mesma e da interpretação dos valores. Posto isto, foi realizado um protocolo de avaliação da PIA, bem como um esquema do procedimento, com o intuito de ficar exposto na área de trabalho de enfermagem, de forma a ser possível realizar uma consulta rápida quando houvesse dúvidas. (ver apêndice III)

No SU, identifiquei como uma necessidade de melhoria, a manipulação do cateter venoso central totalmente implantado.

Atualmente como sabemos verifica-se cada vez mais um maior número de pessoas com doença oncológica, sendo o cancro considerado uma das doenças mais relevantes do século XXI. Automaticamente cada vez mais são os doentes oncológicos que se deslocam ao serviço de urgência e que possuem este acesso.

Sabemos que a incidência de pessoas portadoras de uma neoplasia tem vindo a aumentar, apesar de hoje em dia a prevenção e rastreios estarem muito mais presentes do que em anos anteriores. Em Portugal, no ano de 2020, o número de novos casos foi de 60 467. (World Health Organization, 2021)

Por outro lado, sabemos que a esperança média de vida aumentou e consequentemente a sobrevivência dos doentes com cancro tem aumentado, muito devido à evolução tecnológica, científica e à organização dos serviços e dos próprios profissionais de saúde. Com a melhoria das técnicas e dos avanços na medicina e nos tratamentos, existe a exigência de um acesso vascular adequado às necessidades específicas de cada doente.

O cateter venoso central tem sido cada vez mais uma escolha para dar resposta às intervenções complexas que surgem, nomeadamente não só no doente oncológico como no doente crítico.

Podemos pensar que a sua importância está apenas na sua colocação, mas não nos devemos esquecer que é crucial a sua correta manutenção. Deste modo, o enfermeiro possui um papel fundamental ao garantir a segurança e eficiência na sua utilização e manutenção.

Neste sentido, optei pela elaboração de um documento, onde se faz referência às boas práticas, à luz da evidência científica, de utilização e manutenção do CVC totalmente implantado. Foi disponibilizado ainda um documento apenas com o procedimento de manipulação do CVC, de forma a ser possível pelos profissionais uma consulta rápida, quando sentissem necessidade, ficando exposto nas salas de trabalho. (ver apêndice IV).

Considero ter adquirido competências no **domínio das aprendizagens** ao executar cuidados baseados em evidência, sendo facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativa no campo da investigação. Adicionalmente foi realizado um póster científico que esteve em exposição no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, intitulado: “A intervenção de Enfermagem no controlo do ruído: promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica. Revisão integrativa” (ver apêndice V e anexo I).

O enfermeiro especialista deve ainda adquirir competências específicas para prestar cuidados na sua área de especialização.

Indo de encontro a ideia do parágrafo anterior, e tendo em conta, o Regulamento n.º 429/2018 são descritas de seguida, as competências adquiridas ao longo deste percurso.

- **Cuida da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos**

Cuidar do doente e família envolve o esclarecimento de dúvidas, fornecer informação, estar disponível e criar uma relação terapêutica.

De modo a atingir esta competência, foi formulado o seguinte objetivo: estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família, envolvendo-os no processo de cuidar.

Segundo Sá, Botelho, & Henriques (2015) uma relação terapêutica tem como fundamento a confiança e a empatia que o enfermeiro estabelece com o doente e com a sua família. Assim, o enfermeiro deve procurar criar um ambiente seguro de forma que a família e o doente possam participar no plano de cuidados.

Segundo o estudo dos autores acima mencionados, a experiência dos enfermeiros de cuidados intensivos relativamente ao envolvimento da família nos cuidados, revelou que a

presença dos familiares se torna uma mais-valia, na medida em que fornecem informação fundamental para cuidados específicos e personalizados. Dado que inúmeras vezes os doentes se encontram sem capacidade de comunicar, a família pode informar sobre as características dos doentes, os gostos e as preferências dos mesmos. (Sá, Botelho, & Henriques, 2015)

Por consequência, os doentes e a família olham para os enfermeiros como fundamentais para ajudar a ultrapassar o momento de crise pelo qual estão a passar. Assim, a família participava no plano de cuidados do doente, era possível a criação de uma relação empática e permitiam ainda que a família trouxesse itens pessoais do doente, como por exemplo as fotografias. (Sá, Botelho, & Henriques, 2015)

Face à atual pandemia em que nos encontramos as visitas ao SMI só eram possíveis à quarta-feira e ao sábado, o que levava a uma maior ansiedade por parte das famílias e dos doentes. É reconhecido que as famílias de doentes internados em unidades de cuidados intensivos têm um maior risco de desenvolver ansiedade e depressão. (Lam, et al., 2015)

Procurei sempre que possível envolver a família no plano de cuidados do doente, esclarecendo as dúvidas que surgiam, apoiar na tomada de decisão, demonstrar uma preocupação e profissionalismo, uma vez que segundo A.Adams, et al. (2014) ajuda as famílias a ter esperança, confiança e a tomar decisões.

Não esquecendo que numa relação terapêutica, a comunicação é fundamental, torna-se importante falar sobre a aquisição de competência na arte de comunicar para cuidar.

Num SMI como sabemos muitos dos doentes estão entubados ou são traqueostomizados o que limita a comunicação verbal dos mesmos.

A passagem pelos cuidados intensivos fez-me refletir sobre a importância da comunicação não verbal. Todos nós concordamos que é mais fácil comunicar através da fala ou da escrita, esquecendo a comunicação não verbal como os gestos, o silêncio, as expressões faciais e a postura corporal.

De que forma então se pode comunicar de forma eficaz com o doente? Que alternativas existem para uma comunicação eficaz? É um desafio para o enfermeiro comunicar com doentes em estado crítico, no entanto, procurei encontrar estratégias para conseguir uma comunicação efetiva com o doente, procurando falar de modo claro e devagar, utilizar palavras simples, dar tempo ao doente para que ele assimilasse a informação e acima de tudo que demonstrasse que compreendeu a mensagem e que tivesse tempo para responder.

Sabemos que o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com o doente e que mais interage com o mesmo, necessitando de estabelecer uma relação que não valorize apenas os procedimentos técnicos, mas sim uma relação empática e terapêutica com o doente.

A ferramenta principal de comunicação entre o enfermeiro e o doente é a empatia, conseguindo o enfermeiro alcançá-la através da capacidade de observação do que a sua ação provoca nas outras pessoas e também refletindo sobre as suas ações, sendo esta relação, enfermeiro-doente, a essência do propósito da Enfermagem. (Morais, Lima, Silva, & Silva, 2018)

No entanto, segundo a ideia destes autores também é importante realçar que muitas vezes há barreiras no caminho da comunicação: as múltiplas atividades que o enfermeiro tem de desempenhar num curto período de tempo, por vezes faz com que não estejamos tão despertos para a interpretação dos sinais não verbais.

Estudos demonstram que o enfermeiro convive com faltas de colegas, horas extras, sobrecarga de trabalho, o que faz com que muitas vezes a comunicação seja deixada para segundo plano. (Morais, Lima, Silva, & Silva, 2018)

Para além disso, hoje em dia, vivemos na área da tecnologia onde através de uma tela é possível monitorizar o doente, sem que haja a necessidade de contacto direto com o mesmo, o que no meu ponto de vista favorece o distanciamento dos profissionais de saúde e muitas vezes que priorizemos os procedimentos técnicos e nos esqueçamos da importância da comunicação, como elemento primordial do relacionamento interpessoal.

Por sua vez, a admissão de um doente no serviço de urgência pode trazer consequências como o conflito de papéis e dinâmicas familiares, alterações da rotina, incapacidade de iniciar estratégias de *coping*, o que poderá refletir-se numa experiência negativa cheia de dúvidas, ansiedade, tristeza, confusão e receio de perder o familiar que se encontra em situação crítica.

Cada família vive a sua experiência de forma única, por vezes intensa e emocional, como consequência de saberem que a vida do seu familiar está em risco.

Segundo Kingsnorth-Hinrichs, (2011) citado por Batista, et al.,(2017) a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centrada não apenas no doente, mas também na família. Facilmente devido à complexidade inerente a este serviço, se explica que por vezes nos esqueçamos das necessidades dos familiares dos doentes que cuidamos.

Deste modo, considero importante refletir sobre a importância da aquisição de competências e de habilidades de comunicação com a família da PSC em contexto de urgência.

É responsabilidade dos profissionais de saúde do serviço de urgência o cuidado à família da pessoa em situação crítica, sendo que a família precisa que os profissionais entendam os seus sentimentos e prestem atenção às suas necessidades, uma vez que a rápida identificação e satisfação destas, reduz não apenas o stress, a ansiedade, a aflição e a angústia dos familiares, como também melhora a percepção e adequação de bem-estar e aumenta a possibilidade de recuperação do seu familiar e a satisfação com os cuidados prestados. (Batista, et al., 2017) Deste modo, de forma a intervir com qualidade na satisfação das necessidades da família, procurei entender o que os familiares mais necessitam através da evidência científica mais atual.

Uma revisão da literatura do ano de 2020 refere que as principais necessidades da família são a segurança e a informação. Os familiares afirmam que gostavam de: “ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis”; “sentir que os profissionais se preocupam com o seu familiar”; obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas”; “serem atualizados frequentemente”; “receber informações que compreendam”; “falar com um enfermeiro”; “falar com um médico”; “ter a certeza de que o conforto do seu familiar está assegurado”; (Jorge & Madureira, 2020)

Como sabemos muitas vezes a família não está autorizada a permanecer com a pessoa em situação crítica. Em alguns turnos que decorreram na Sala de Emergência foi minha preocupação saber se estava alguém presente da família lá fora e de pedir à médica se dava autorização ao familiar para entrar, e inclusive falar com o mesmo para tirar as suas dúvidas e responder às suas questões.

É importante assim, que os profissionais de saúde utilizem técnicas de comunicação de forma eficaz na abordagem à família. (Jorge & Madureira, 2020)

Deste modo, fundamentada nesta revisão da literatura procurei responder e comunicar as informações de forma honesta, simples e clara para que a família conseguisse compreender o estado de saúde do seu familiar. Procurei também dar a entender que os cuidados iam ser assegurados e acima de tudo aliviar os sentimentos de medo, ansiedade e preocupação que se fazem sentir no momento.

É notório que ao darmos resposta a estas necessidades proporcionamos conforto à família, atenuamos a incerteza e diminuimos a ansiedade e o stress que com certeza sabemos que a família está a sentir.

A comunicação com a PSC e a sua família é um desafio, pelo que se torna importante refletirmos sobre as estratégias de comunicação que devemos adotar. Assim, considero que

adquirir **competências na abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa e família, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família e relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

- **Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção**

As infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) são um problema importante à escala mundial. Nenhuma instituição de saúde pode ignorar as implicações e o impacto destas infeções na pessoa doente, nas unidades de saúde e na comunidade.

As IACS resultam da prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar como em ambulatório. Se por um lado hoje em dia se prolonga a sobrevivência das pessoas doentes, as mesmas são vulneráveis a múltiplas infeções, devido à maior parte das vezes ao recurso a procedimentos invasivos, a antibioterapia agressiva ou imunossupressora, internamentos frequentes, quer nas unidades de cuidados intensivos como em outras unidades. (Direção Geral da Saúde, 2007)

Como já foi referido anteriormente, nos últimos anos tem havido uma diminuição da incidência de IACS em Portugal.

Para atingir competências neste ponto foi estabelecido o seguinte objetivo: Intervir na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Segundo Fortunatti (2017) existem diversos fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de infeções associadas ao CVC, tais como: permanência do cateter, número de lúmens do CVC, cateter em veia femoral, manipulação excessiva de CVC, carga bacteriana no local de inserção, hospitalização prolongada, entre outras. Deste modo, este autor recomenda diversas estratégias que podem ser implementadas, sendo as bundles as mais reconhecidas como mais valias e efetivas para a diminuição de infeções. Segundo estudos realizados, estes feixes de intervenção reduziram a incidência das infeções em até 80%, obtendo uma taxa de 0% em alguns casos.

No SMI onde estagiei era prática a utilização de cateteres de 3 vias e só em último recurso avançam para utilização de um CVC de mais vias, indo de encontro com a evidência científica, que refere que quanto maior é o número de lúmens, maior o risco de infeção.

Houve oportunidade de refletir sobre esta temática, nomeadamente, no facto de os doentes terem simultaneamente 3 acessos periféricos e 1 CVC com 3 vias, o que por consequência

fazia com que o doente ficasse mais suscetível a possíveis infeções, pelo que nesses casos optei por remover os acessos periféricos em excesso. Também foi discutido este tema com a equipa, de forma a estarem mais alertas neste sentido.

Ao longo do estágio foi uma constante o cumprimento da bundle da DGS sobre a PAI e sobre a manutenção do CVC.

Tornou-se importante recordar que a bundle da DGS preconiza a revisão, redução e a paragem diária da sedação, maximizando a titulação ao mínimo adequado para ao tratamento e a necessidade de registar no processo clínico estes dados. Recomenda a discussão e a avaliação diária de possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, aconselhando a formulação diária do plano de desmame/extubação. A cabeceira do leito deve estar em ângulo maior ou igual a 30°, evitando posição de supina, sendo necessária a auditoria diária ao cumprimento desta intervenção. Deve ainda ser feita a higiene oral com clorhexidina a 0,2% a todos as pessoas em situação crítica, que tenham um internamento superior a 48 horas. Aconselham ainda que se devem manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos e que a pressão do balão do tubo endotraqueal se mantenha entre os 20 e os 30 cmH₂O. (Direção Geral da Saúde, 2015)

A bundle do CVC por sua vez, englobava: 1º necessidade de manter o CVC; 2º Higiene das mãos antes de manusear o CVC; 3º Descontaminar as conexões, pontos de acesso de sistemas e prolongadores com clorhexidina 2% ou álcool a 70% durante 15' antes de conectar o dispositivo estéril; 4º mudar penso com periodicidade adequada e técnica assética- 4.1- periodicidade adequada: 2 dias se compressa, 7 dias se penso transparente e sempre que sujo, com sangue ou deslocado; 4.2- técnica assética na mudança do penso: local de introdução limpo e sem sangue; usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para material; usar kit de pensos, usar clorhexidina a 2% na antissepsia da pele; datar o penso. (Direção Geral da Saúde, 2015)

De salientar, que tive oportunidade de realizar no SMI um turno com a enfermeira tutora de auditoria aos processos e registos de enfermagem, e após análises dos resultados, a equipa recebeu os parabéns por há 1 ano não se registarem infeções associadas ao CVC.

Ainda enquadrado neste objetivo de estágio, tive a oportunidade de participar, tal como no estágio anterior, nos processos de vigilância epidemiológica.

Assim, também neste SMI eram contabilizados o número de cateteres periféricos, centrais, de hemodiálise, cateter urinário de cada pessoa em situação crítica, bem como contabilizadas as que se encontravam ventiladas.

Não menos importante, no SU a prevenção e controlo de infeção foi também alvo da minha atenção: a superlotação das nossas urgências é uma realidade, a acomodação dos doentes em macas e cadeiras de rodas não se faz com o distanciamento devido, deste modo, o facto de as salas serem insuficientes para englobar os doentes de forma organizada e segura faz com que também nos serviços de urgência seja importante refletir e tomar medidas para a prevenção e controlo de infeção.

A higiene das mãos é uma medida crucial para conter a disseminação de microrganismos, sendo uma ação fundamental para prevenir a infeção hospitalar. (Trannin, Campanharo, Lopes, Okuno, & Batista, 2016) (Silva, Matos, & Souza, 2020)

Segundo a literatura, os profissionais de saúde reconhecem a importância da higiene das mãos, no entanto não o aplicam na prática. Segundo um estudo de Silva, Matos, & Souza, (2020) 94,23% dos profissionais reconhecem que a lavagem das mãos tem de ser realizada, no entanto só 46,15% é que efetivamente lavavam as mãos no intervalo de prestação de cuidados entre doentes e 46,15% o fazia de forma frequente.

A adesão a esta prática é muitas vezes apontada como difícil pelos profissionais de saúde, que referem algumas barreiras no dia-a-dia: falta de tempo, a necessidade de terem de ser ágeis e de atuar rapidamente, o grande fluxo de doentes. (Trannin, Campanharo, Lopes, Okuno, & Batista, 2016)

Estudos relatam ainda que as mãos dos profissionais de saúde são uma das maiores fontes de infeção. (Trannin, Campanharo, Lopes, Okuno, & Batista, 2016)

Como futura enfermeira especialista procurei sempre higienizar as mãos nos 5 momentos preconizados: antes do contacto com o doente; antes de um procedimento asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais; contacto com o paciente e após o contacto com as áreas próximas ao doente. (Direção Geral da Saúde, 2019)

Sendo esta medida tão importante, o enfermeiro especialista tem também o dever de estimular os colegas a aderir a esta ação.

Segundo a literatura é importante que as pias e os dispensadores de soluções alcoólicas estejam sempre disponíveis, o que facilita o seu uso e diminui a possibilidade de esquecimento. (Silva, Matos, & Souza, 2020) Ocorreu na minha prática, a necessidade de realizar um procedimento a um doente, encaminhei-o para uma sala de trabalho e esta não tinha dispensador de solução alcoólica, pelo que alertei o meu tutor, pela necessidade da colocação de um no local respetivo.

Adicionalmente, também a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) é importante para a prevenção e controlo da infeção.

Os EPI, segundo Silva, Matos, & Souza (2020), apresentam na sua maioria, uma baixa adesão pelos profissionais de saúde - 52,94% referiram fazer uso destas na administração de medicações intramusculares ou subcutâneas, sendo que há uma maior adesão quando são procedimentos que envolvam fezes ou urina subindo para os 98%.

As máscaras de proteção foram citadas como “sempre” usadas por apenas 31,37% dos participantes do estudo e “frequentemente” por 39,22 % (Silva, Matos, & Souza, 2020). No entanto, face à pandemia covid-19 a utilização de máscaras foi considerada como obrigatória, sendo um equipamento de proteção individual, que hoje em dia é utilizado por todos os profissionais.

Segundo a literatura, os aventais devem ser utilizados para proteger as áreas do corpo expostas dos profissionais de saúde, mas também para não contaminar as próprias roupas, servindo de proteção para os profissionais nos procedimentos em que possam ocorrer salpicos de sangue, fluido corporal, secreções ou excreção. No entanto, segundo o estudo destes autores, apenas 19,61% utilizam este equipamento. Os óculos também devem ser utilizados quando se prevê que se vá realizar procedimentos que envolvam salpicos de sangue, secreções e fluidos corporais, apresentando uma adesão de apenas de 13,73 %. (Silva, Matos, & Souza, 2020)

Não menos importante é a assepsia dos equipamentos e dos materiais que se utilizam no serviço de urgência.

Estudos demonstram que a contaminação acontece tanto em aparelhos hospitalares como os estetoscópios, aparelhos de esfigmomanómetros, termómetros, cadeiras de rodas, bem como nos próprios ambientes, como nos telefones e nas próprias bancas da sala de trabalho.

Segundo Silva, Matos, & Souza (2020), um estudo na Austrália revelou colonizações bacterianas em mangas dos esfigmomanómetros nos serviços de cirurgia, UCI e nos SU, sendo este último o departamento com maior taxa de colonização, tendo 100% dos materiais colonizados. Um outro estudo em Israel demonstrou contaminação por várias bactérias patogénicas em cadeiras de rodas. (Silva, Matos, & Souza, 2020)

Enquanto enfermeira de cuidados gerais a prestar cuidados de enfermagem num serviço de otorrino, a utilização de equipamento de proteção individual nomeadamente avental, máscara e óculos é para mim uma prática diária, o que me ajudou no SU, no cumprimento da utilização destes equipamentos.

Por outro lado, a desinfecção do aparelho de avaliação de tensões, nomeadamente a manga de pressão é realizada por nós com álcool a 70%. Adaptamos para o serviço uns borrifadores e preenchemos com álcool para ser mais fácil na limpeza de termómetros e dos aparelhos de medição de tensões, prática essa que partilhei com a equipa de enfermagem no serviço de urgência.

Ao refletir sobre a importância de prevenção e de adesão a bundles, e ao refletir sobre os possíveis focos de infeção, foi possível adquirir competências na **maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.**

5. CONCLUSÃO

A evolução científica e tecnológica exige conhecimento especializado. Ao contrário de outros setores onde a evolução tecnológica pode ser acompanhada por máquinas e equipamentos sofisticados que substituem o trabalho que antes era executado por seres humanos, na saúde ainda que beneficiando desta evolução tecnológica, os cuidados são assegurados por profissionais, o que requer formação específica e acompanhamento personalizado.

Consequentemente torna-se importante investir no conhecimento especializado, na aquisição de ferramentas que possam conduzir a processos de decisão mais complexos e acima de tudo numa prestação de cuidados com qualidade.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem-Médico Cirúrgica permitiu a aquisição, o desenvolvimento e a integração de saberes para a assistência à PSC, conferindo-me competências para a prestação de cuidados nesta área.

Com a realização do estágio no 2º semestre no serviço de medicina intensiva houve o primeiro contacto com a pessoa em situação crítica e o desenvolvimento de novos saberes, o que se tornou numa mais-valia nos campos de estágio seguintes, nomeadamente no reconhecimento de problemas de especial complexidade, na análise crítica dos resultados encontrados, bem como na capacidade de diagnóstico e juízo clínico.

A realização do estágio final e a posterior reflexão inerente às atividades e objetivos desenvolvidos permitiu-me a consciencialização da importância das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, que acabam por se relacionar entre si.

Os enfermeiros especialistas são responsáveis pelo seu desenvolvimento profissional com o objetivo de melhoria contínua da qualidade.

Um dos elementos essenciais da qualidade na prestação de cuidados de saúde é a segurança do doente. A segurança é atualmente reconhecida como aspeto fundamental na procura de cuidados de qualidade.

Por outro lado, não podemos falar de cultura de segurança sem falar de gestão. A liderança e a gestão estão intimamente relacionadas com o domínio da qualidade, pelo que facilmente se compreende a importância de adquirir competências a este nível.

O facto de ter tido oportunidade de observar e colaborar em funções de gestão, pôs-me mais desperta para a importância dos ambientes de prática favoráveis para a prestação de cuidados de qualidade. Os estudos têm demonstrado que quando este ambiente de prática é favorável tem um impacto positivo a nível dos doentes, profissionais e do próprio serviço e organização ou sistema.

O papel fundamental do gestor passa por ser um bom líder. A criação de um ambiente de confiança, com a adequação dos recursos humanos e materiais, promove a satisfação dos profissionais que se sentem motivados para desenvolver competências, adquirir e aprofundar conhecimentos na sua área. Deste modo, os profissionais têm um maior desempenho ao ser reconhecido e valorizado o seu trabalho, e conseqüentemente os doentes estão mais satisfeitos produzindo-se resultados com valor.

Não menos importante para a qualidade dos cuidados é o desenvolvimento de aprendizagens. Cuidados com conhecimento, são cuidados mais eficazes e mais seguros para o doente.

Destaco ainda a possibilidade que as equipas multidisciplinares me deram em deixar o meu contributo nos serviços, mostrando interesse nas propostas de melhoria que apresentei, responsabilizando-me assim, por ser facilitadora da aprendizagem.

Adicionalmente desenvolvi competências ao nível do cuidar da pessoa em situação crítica, percebendo a necessidade de uma boa comunicação entre a equipa, bem como com o doente e a família, aprendendo estratégias de comunicação, que pude também pôr em prática no serviço onde trabalho.

As necessidades humanas da pessoa em situação crítica e da sua família por vezes são descentralizadas devido à excessiva tecnologia existente nos ambientes em que estão inseridos. Enquanto aluna de especialidade procurei não priorizar os procedimentos técnicos, mas sim realizar um trabalho humanizado, atendendo aos sentimentos de pudor e de vulnerabilidade inerentes à PSC, respeitando a sua intimidade, privacidade, crenças e valores.

A prevenção e controlo de infeção foi também uma prioridade de intervenção. As infeções associadas aos cuidados de saúde são um problema importante à escala mundial.

Cabe ao enfermeiro especialista a definição e participação de estratégias de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos a implementar na unidade/contexto de prestação de cuidados, bem como a capacitação das equipas de profissionais nesta mesma área.

Deste modo, pude transportar os conhecimentos adquiridos sobre esta temática para a minha prática clínica, nomeadamente na definição de novas estratégias para o combate e prevenção da infeção.

Saliento como aspetos positivos, a disponibilidade dos tutores e de todos os profissionais do serviço em partilhar o conhecimento, contribuindo para o meu processo de aprendizagem. Proporcionaram-me ainda um leque extenso de oportunidades, que me permitiram aumentar o conhecimento na assistência à pessoa em situação crítica. Realço ainda a capacidade de motivação e de integração das equipas a novos elementos, tendo sido um fator facilitador para a minha integração nos serviços.

Relativamente a dificuldades encontradas, a mais complicada foi, sem dúvida, a inexperiência de prestar cuidados em SMI e SU. No entanto, a minha capacidade adaptativa, a disponibilidade para colaborar no meu processo de aprendizagem de todos os profissionais, a pesquisa de evidência científica, a observação e a prestação com peritos na área, ajudaram-me a ultrapassar estas dificuldades.

Considero que atingi com sucesso a aquisição de competências para o cuidado especializado à PSC, no entanto, sei que há sempre mais para saber, competências a adquirir e a desenvolver de forma a prestar cuidados com qualidade.

Os objetivos com a realização deste trabalho também foram cumpridos, uma vez que considero ter conseguido demonstrar as experiências vivenciadas e as competências adquiridas, através da minha capacidade crítico-reflexiva.

O ruído foi um tema que me suscitou interesse aquando da prestação de cuidados à PSC. A influência do ruído no bem-estar do doente crítico é um tema que deve merecer a atenção de todos. A implementação de uma bundle que envolva um conjunto de intervenções no controlo do ruído, luminosidade e cuidado aos doentes, acrescentada da implementação do tempo de silêncio, tem efeitos benéficos na recuperação das pessoas em situação crítica e futuramente poderia ser experimentado em Portugal. Apesar de ser concordante para todos que as UCI produzem um ruído muito superior ao que é preconizado, ainda há poucos estudos realizados sobre esta temática no nosso país. Assim, futuramente gostaria de voltar-me para a investigação em Enfermagem e desenvolver um estudo nas UCI portuguesas sobre o impacto da implementação deste conjunto de intervenções no delirium e na qualidade de sono da PSC.

A elaboração deste relatório contribuiu para o aumento da minha capacidade crítico-reflexiva, saliento ainda, que 50 páginas se tornaram pouco para espelhar todas as experiências que foram vivenciadas ao longo de 4 meses.

Termino este percurso com a convicção que me tornei uma pessoa e uma enfermeira melhor, com a certeza de que ainda tenho muito a aprender e que o meu percurso só começou aqui.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.Adams, J., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulsy, J. A., Steinhauser, K. E., & Jr, D. E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung*, 43(5), 406-415. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.02.001
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para o Serviço de Urgência. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde [Consultado em 1 de fevereiro 2022]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8. doi: 10.12707/RV20036
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New trends in Qualitative Research*, 8, 145-154. doi: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & S. P. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 83-92. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV160>
- Butts, J. B., Rich, K. L., & Fawcett., J. (2012). The future of nursing: how important is discipline-specific knowledge? A conversation with Jacqueline Fawcett. *Nurs Sci Q*, 25(2), 151-154. doi: 10.1177/0894318412437955.

- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Enfermeria Global*, 541-556. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Coifman, A. H., Pedreira, L. C., Jesus, A. P., & Batista, R. E. (2021). Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto. Diário da República: II série, nº153. [Consultado em 30 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. Diário da República: II série, nº28. [Consultado em 19 de Outubro de 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 9390/2021 de 21 de Setembro. Diário da República: II série, nº187. [Consultado em 1 fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 2 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação nº 18/2011 de 23 de Maio. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 2 de janeiro de 2022] Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma 021/2015 de 30 de Maio de 2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 3 de janeiro de 2022] Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015. de 16 de dezembro. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 3 de janeiro de 2022] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de Fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 3 de fevereiro de 2022] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº 007/2019 de 8 de outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 3 de fevereiro de 2022] Disponível em :<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Consultado em 3 de janeiro de 2022] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Diz, A. M., & Lucas, P. B. (2020). Cultura de segurança num serviço de urgência: percepção dos profissionais de saúde- revisão sistemática da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 909-919. doi: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.909-919>

Dorigan, G. H., & Guirardello, E. d. (2017). Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 30(1), 129-135. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700021>

Fortunatti, C. F. (2017). Impact of two bundles on central catheter-related bloodstream infection in critically ill patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25. doi: <http://dx.doi.org/1518-8345.2190.2951>.

- Freire, R. N. (2017). Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=GjWLVloe>
- INE. (2019). Estatísticas Demográficas - 2018. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 20 de outubro de 2021]
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 5-11. doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Lam, S., So, H., Fok, S., Li, S., Ng, C., WK, L., . . . WW., Y. (2015). Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Med J*, 21(5), 435-443. doi: 10.12809/hkmj144385.
- Lei nº 156/2015. Diário da República: série I, nº181. Assembleia da República [Consultado em em 30 de Janeiro de 2022] Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lim, R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard*, 32(30), 41-48. doi: 10.7748/ns.2018.e10873
- Malbrain, M. L., Cheatham, M. L., Kirkpatrick, A., Sugrue, M., Parr, M., Waele, J. D., . . . Wilmer, A. (2006). Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal and Abdominal Compartment Syndrome I. Definitions. *Intensive Care Medicine*, 1722-1732. doi:10.1007/s00134-006-0349-5
- Martinho, C. I., & Rodrigues, I. T. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*, 28(2), 132-140. doi:10.5935/0103-507X.20160027
- Mendes, J., Mergulhão, P., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sepsis para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 2-10. doi: 10.5935/0103-507X.20200002

- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758-764. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consultado em 30 de dezembro de 2021]
Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Monteiro, C., Avelar, A. F., & Pedreira, M. d. (2015). Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(1), 169-179. doi:10.1590/0104-1169.0251.2539
- Morais, L., Lima, J., Silva, R., & Silva, M. (2018). Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada em unidade de terapia intensiva. *Revista nursing*, 21(245), 2380-2384.
- Nayana, M., Silva, V., Lopes, M., Diniz, C., & Ferreira, G. (2019). Evaluation of color-coded drug labeling to identify endovenous medicines. *Rev Bras Enferm*, 72(3), 715-720. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0242>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer conjunto nº 01/2017. *Atribuição de responsável de turno*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 20 de Janeiro de 2022]
Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). PARECER N.º 09 / 2017. *Transporte da pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 20 de Janeiro de 2022]
Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). PARECER N.º 15 / 2018. *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados*

- intensivos/serviços de medicina intensiva*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 30 de Dezembro de 2021] Disponível 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
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação. *Medicina Intensiva*. [Consultado em 30 de dezembro de 2021] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69, 540-549. doi:10.1111/anae.12638
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm*, 73(5), 1-6. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pol, I. v., Itersona, M. v., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1-8. doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.008.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de Setembro. Diário da República: II série, nº 184 [Consultado em 28 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro.. Diário da República: II série, nº226. [Consultado em 22 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. Diário da República: II série, nº135. [Consultado em 3 de janeiro de 2022] Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Sá, F. G., Botelho, M. A., & Henriques, A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-45.

- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *I5(3)*, 1-4.
- Santos, J., & Miguel, A. (2012). Níveis Sonoros em Ambiente Hospitalar – O Caso das Unidades de Cuidados. *Occupational Safety and Hygiene*, 394-396.
- Serrano, M. T., Costa, A. d., & Costa, D. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência(3)*, 15-23.
- Silva, J. K., Matos, E., & Souza, S. d. (2020). Bundle de cuidados para a prevenção e o controle de infecção hospitalar em serviço de emergência adulto. *Rev Fun Care Online*, 12, 175-181. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.rpcfo.v12.7192>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência(21)*, 151-158. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Souza, N. M., Silva, V. M., Lopes, M. V., Diniz, C. M., & Ferreira, G. d. (2019). Evaluation of color-coded drug labeling to identify endovenous medicines. *Rev. Bras. Enferm*, 72(3), 715-720. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0242>
- Trannin, K. P., Campanharo, C. R., Lopes, M. C., Okuno, M. F., & Batista, R. E. (2016). ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS: INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO. *Cogitare Enfermagem*, 21(2).
- ULSM. (2020). Plano de Atividades e Orçamento 2021-2023. [Consultado em 30 de janeiro de 2022]. Disponível em: http://www.ulsm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/08/PAO_2021_2023-ULSM.pdf
- World Health Organization. (2021). Portugal Source: Globocan 2020. [Consultado em 30 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

7. APÊNDICES

Apêndice I: Revisão integrativa da literatura - A intervenção do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

14º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E
FAMÍLIA

A intervenção do enfermeiro especialista no controlo do ruído:
promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica
uma revisão integrativa

Por: Inês Maria Castro Moutinho Pereira Pinto

Sob Orientação de: Prof^ª Doutora Amélia Ferreira

Porto, setembro de 2021

RESUMO

Com o desenvolvimento da ciência e por consequente dos cuidados de saúde, as unidades de cuidados intensivos são cada vez mais complexas e exigentes, dotadas de materiais ruidosos. Assim, nos dias de hoje, a relevância do ruído tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como um possível agente causador de desconforto e mal-estar na pessoa em situação crítica.

São várias as fontes de ruído existentes nos hospitais, e nomeadamente em unidades de cuidados intensivos, desde os monitores providos de alarmes sonoros, das conversas entre doentes e visitas, entre profissionais de saúde, as intervenções e cuidados prestados pelos profissionais de saúde, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu valores limite de ruído para ambiente hospitalar que não devem exceder níveis sonoros contínuos equivalentes de 40dB no período diurno e 35 dB no período noturno.

Através da revisão integrativa foi possível comprovar que os vários estudos demonstram que os valores de ruído nos serviços hospitalares, são muito acima do que é preconizado. Estes níveis exagerados de ruído prejudicam o bem-estar do doente crítico, tendo consequências no aumento do delirium, na diminuição da qualidade do sono e no tempo de recuperação, pelo que deve ser um problema que merece a atenção e intervenção especializada de Enfermagem.

As reduções individuais do ruído, luz e mudança no plano de cuidados são improváveis que tenham um impacto significativo na promoção do bem-estar da PSC. As evidências demonstram que abordar estes fatores simultaneamente pode alcançar melhores resultados.

A implementação de uma bundle que envolve um conjunto de intervenções no controlo do ruído, luminosidade e cuidado aos doentes, acrescentada da implementação do tempo de silêncio, tem efeitos benéficos na recuperação das pessoas em situação crítica.

Palavras-chave: *Noise AND sound AND sleep AND delirium AND intensive care.*

INTRODUÇÃO

A procura do conhecimento científico tendo como finalidade a melhoria da prestação de cuidados à pessoa doente é um desafio constante na nossa prática clínica. A prática baseada em evidência define-se como a solução para o problema que é a tomada de decisão, que agrega a procura da recente evidência e a competência clínica do profissional, tendo em conta os valores e crenças da pessoa doente.

É necessário definir um problema, procurar e avaliar criticamente as evidências disponíveis, para posteriormente as pôr em prática e avaliar os resultados obtidos. (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008)

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2018), a revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência. Esta revisão tem a finalidade de sintetizar os resultados obtidos de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, para enriquecer o conhecimento sobre o mesmo. A elaboração de uma revisão integrativa é um processo que requer investimento por parte do revisor. Assim, o tema deve ser escolhido tendo em conta os interesses do investigador, ser um problema vivenciado na prática clínica, de forma a tornar este processo mais rico.

Tendo em conta as duas características descritas anteriormente por Mendes et al. (2008) o tema do trabalho, “A intervenção do enfermeiro especialista no controlo do ruído: promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica, surge pelo facto de atualmente o ruído em UCI ser bastante elevado em comparação com o preconizado, o que consequentemente o torna causador de desfechos negativos na saúde e bem-estar da pessoa em situação crítica.

Vários estudos indicam que nenhuma das UCI avaliadas, cumprem os valores aconselhados pelas várias entidades internacionais.

Segundo Santos & Miguel (2012), a Organização Mundial de Saúde em 1999 definiu valores limite de ruído para ambiente hospitalar que não devem exceder níveis sonoros contínuos equivalentes de 40dB no período diurno e 35 dB no período noturno. Outras entidades, como a United States Environmental Protection Agency e a Associação Brasileira de Normas Técnicas, sugeriram valores limite de 45 dB diurno e de 35 dB

noturno. No entanto, como já referido, diversos estudos têm demonstrado que os níveis de pressão sonora em hospitais são superiores aos recomendados, nomeadamente, em UCI, podendo variar entre 55 dB e 70 dB.

A legislação portuguesa contempla o Decreto-Lei n.º 182/2006 de 6 de Setembro, que transpõe a Diretiva n.º [2003/10/CE](#), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Fevereiro, que descreve as prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à exposição dos trabalhadores aos riscos devidos ao ruído. (Santos & Miguel, 2012)

Este decreto vem definir que não é permitida, em situação alguma, a exposição pessoal diária ou semanal de trabalhadores a níveis de ruído iguais ou superiores a 87 dB ou a valores de pico iguais ou superiores a 140 dB, sendo estes valores definidos como os valores limite de exposição ao ruído, sendo valores acima destes, considerados os que põem em risco a audição. (Santos & Miguel, 2012) Inúmeras vezes, tanto os profissionais, como os doentes, estão expostos a estes valores.

O objetivo desta revisão integrativa prende-se com a verificação da existência de intervenções do enfermeiro, que possam diminuir/controlar o ruído presente inevitavelmente nas UCI.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes basilares, antecedidas da introdução. Na primeira parte descreve-se a metodologia aplicada, nomeadamente, a metodologia PICO, as bases de dados utilizadas, identifica-se os descritores e operadores booleanos e define-se quais os critérios de inclusão e exclusão empregues para a elaboração da revisão. Na segunda parte expõe-se os resultados obtidos, compilando os três artigos numa tabela de evidências, de forma a tornar mais fácil a sua interpretação. Posteriormente faz-se uma análise e discussão dos resultados apresentados anteriormente.

Por fim, termina-se com uma conclusão em que se aborda as mais valias da realização da revisão, bem como se integra uma sugestão para investigações futuras.

METODOLOGIA

A prática baseada na evidência sugere que os problemas clínicos que surgem na nossa prática, sejam desagrupados e de seguida organizados utilizando a estratégia PICO. PICO representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes. Estes 4 elementos são fundamentais para a construção da questão de pesquisa, uma vez que uma questão bem construída facilita a procura de evidências nas bases de dados.(Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

Segue apresentado na tabela 1, os 4 elementos fundamentais utilizados para a construção da questão de pesquisa.

Tabela 1: elementos da questão PICO

População	Pessoa em situação crítica
Intervenção	Intervenções de Enfermagem na diminuição/ controlo do ruído
Comparação	Ausente
Outcomes	Bem-estar da pessoa em situação crítica

Após estabelecidos os elementos referidos anteriormente, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais as intervenções de Enfermagem, no controlo do ruído, para a promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica?”

Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) após formulada a questão PICO, deve-se iniciar a pesquisa bibliográfica de evidências nas bases de dados. A colheita de dados ocorreu durante o mês de setembro de 2021 nas bases de dados: EBSCO e biblioteca virtual em saúde. Santos et al. (2007) defendem ainda que a seleção dos termos na base de dados, deve ter em conta a identificação dos termos, designados por descritores, que devem estar interligados a cada um dos componentes da estratégia PICO. Defendem também a utilização dos operadores booleanos: AND, OR e NOT, que possibilitam executar combinações dos descritores utilizados na procura. Definiu-se para a pesquisa bibliográfica de evidências os seguintes descritores e operadores booleanos: *Noise AND sound AND sleep AND delirium AND intensive care unit.*

Após a realização de pesquisa o revisor deve clarificar os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a elaboração da revisão. Definiram-se como critérios de inclusão: Artigos de idioma inglês e português, apresentados em texto integral, cujo título e/ ou resumo fizessem referência à temática compreendidos entre 2011 e 2021. No que se refere aos critérios de exclusão definiu-se população em idade pediátrica e estudos que não propunham intervenções para o controlo do ruído.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou na identificação de 10 artigos. Num primeiro momento, foi realizada uma leitura dos títulos. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica, estabeleceu-se uma amostra de 3 artigos. Após análise dos mesmos, incluíram-se todos para elaboração da revisão. Para que fosse possível uma apresentação de dados mais objetiva, foi elaborado um Diagrama Prisma (Figura 1).

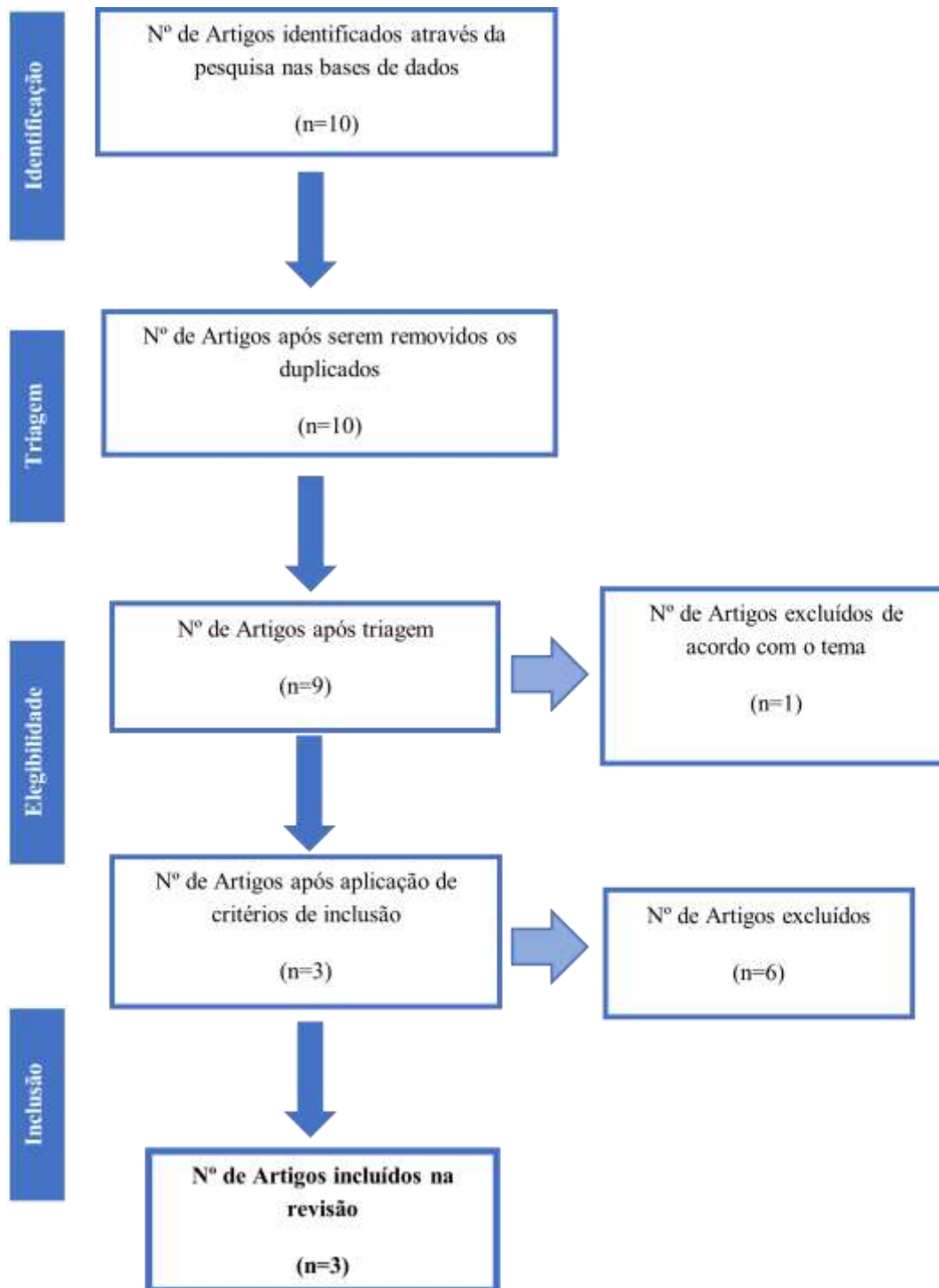


Figura 1: Diagrama Prisma

RESULTADOS

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O investigador tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira que as informações obtidas estejam de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo. (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008)

Com o objetivo de sistematizar a informação dos artigos mais relevantes para o tema, os dados obtidos dos estudos foram compilados numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a interpretação dos resultados.

Tabela 2: tabela de evidências artigo 1

Artigo 1	<i>Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review</i>
Referências	Lim, R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. <i>Nursing Standard</i> , 32(30), 41-48. doi: 10.7748/ns.2018.e10873
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Determinar a eficácia do momento de “quiet time” na melhoria do sono;• Investigar outros benefícios clínicos potenciais do “quiet time”.
Desenho	Revisão da literatura
Metodologia	O autor realizou uma revisão da literatura, da qual obteve estudos qualitativos e quantitativos.
Resultados	As evidências apontaram que os momentos de silêncio podem ser eficazes na melhoria da qualidade do sono; as intervenções também parecem fornecer alguns benefícios fisiológicos para os doentes tais como: diminuição da frequência respiratória, da administração de sedativos e da incidência de delirium, sugerindo que os doentes estão mais tranquilos e em repouso. Adicionalmente, os enfermeiros relataram um ambiente de trabalho cada vez mais satisfatório após o tempo de silêncio.
Conclusões	O momento de silêncio pode melhorar a qualidade do sono da pessoa em situação crítica e tem resultados positivos com efeitos fisiológicos para a mesma, como a melhoria do descanso. Podem também promover um ambiente de trabalho mais saudável e aumentar a satisfação do doente e da família.

	Considerando os potenciais benefícios e a falta de evidências de danos, o autor recomenda que os momentos de silêncio sejam implementados em UCI como parte da prática rotineira.
--	---

Tabela 3: tabela de evidências artigo 2

Artigo 2	<i>Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis</i>
Referências	Pol, I. v., Itersona, M. v., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 1-8. doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.008.
Objetivo	Implementar um protocolo com intervenções que reduzam o som noturno, de forma a aumentar os níveis de qualidade do sono e reduzir a incidência de delírio na UCI.
Desenho	Estudo quase experimental
Metodologia	<p>Dividida em 2 fases: antes e após o protocolo de redução de som noturno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar conversas não clínicas em torno da pessoa em situação crítica; ➤ Delinear o plano de cuidados, limitando o número de interrupções do sono (dentro do possível); ➤ Realizar configurações de alarme adequadas ao nível da pessoa em situação crítica e minimizando o volume do alarme; ➤ Fechar as portas; ➤ Fornecer tampões se o estado clínico o permitir; ➤ Remover plásticos de medicação fora da unidade.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuição significativa da incidência do delirium pós intervenção; ➤ O grupo pós-intervenção usou significativamente menos medicamentos indutores do sono do que o grupo pré-intervenção; ➤ O ruído noturno foi significativamente menor na pós-intervenção. A avaliação mediana do ruído após a intervenção foi 65 db, enquanto antes da intervenção tinha sido 70db.
Conclusões	A incidência de delirium foi significativamente reduzida após a implementação de um protocolo de redução de som noturno. No entanto, a qualidade do sono relatada não melhorou.

Tabela 4: tabela de evidências artigo 3

Artigo 3	<i>The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients</i>
Referências	Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. <i>Anaesthesia</i> , 69, 540-549. doi:10.1111/anae.12638
Objetivo	Diminuir a incidência de privação de sono e delirium através da implementação de uma bundle
Desenho	Estudo de coorte
Metodologia	<p>Foi dividido em duas fases - antes e depois da implementação da bundle</p> <p>1º Colheram dados sobre o sono, ambiente e a incidência de delirium na unidade;</p> <p>2º durante 21 dias implementaram a bundle:</p> <p><u>Controlo do ruído:</u> fechar todas as portas; ativar modo noturno dos equipamentos entre as 23h e as 7h; reduzir o volume em todos os telefones entre as 23h e as 7h; ausência de conversas não clínicas junto dos doentes; profissionais e visitas devem falar calmamente; oferecer tampões de ouvidos a todos os utentes com escala de RASS maior que -4</p> <p><u>Controlo da luminosidade:</u> Diminuição da intensidade da luz entre 23h e as 7h; usar apenas luz da cabeceira aquando da prestação de cuidados entre as 23h e as 7h; oferecer venda a todos os utentes com escala de RASS maior que -4.</p> <p><u>Cuidados aos doentes:</u> agrupar os vários cuidados a prestar; completar os cuidados antes das 23h e adiá-los até às 8h (dentro do possível); orientar os doentes quanto ao tempo e espaço a todas as 8h: se os doentes não dormirem adequadamente providenciar uma revisão terapêutica; estabelecer objetivos diários de níveis de sedação; Avaliar diariamente a possibilidade dos doentes com ventilação mecânica, puderem realizar suspensão momentânea de sedação (durante o dia); avaliação horária da dor (com escalas adequadas); Garantir a mobilização precoce quando possível e apropriado</p> <p>3º Realização de nova colheita de dados após a intervenção.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ redução no ruído noturno médio (68,8 dB antes vs 61,8 dB); ➤ diminuição da intensidade da luz (594 antes vs 301); ➤ aumento na eficiência média do sono (60,8 vs 75,9); ➤ mais horas de sono à noite (6,6 h vs 8,6); ➤ redução na incidência de delirium (55/167 vs 24/171).

Conclusões	A implementação da bundle diminuiu a incidência do delirium e melhorou a qualidade de sono da pessoa em situação crítica.
-------------------	---

ANÁLISE/DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os 3 artigos vão de encontro à necessidade de implementação de um conjunto de intervenções, que diminuam a incidência do delirium e aumentem a qualidade de sono da pessoa em situação crítica.

O artigo de 2017 corrobora a ideia já estabelecida por Patel, Baldwin, Bunting, & Laha, em 2014, tendo em comum várias intervenções, tais como a necessidade de fechar as portas, diminuir o volume dos alarmes, entre outras. (Pol, Itersona, & Maaskant, 2017)

Segundo Patel, Baldwin, Bunting, & Laha (2014), os resultados do seu estudo demonstraram que a implementação da bundle diminuiu significativamente os níveis de ruído e luz, tendo como consequência uma redução na incidência e duração do delirium e um sono melhor. As intervenções usadas na bundle, incorporaram estratégias de estudos anteriores, que mostraram benefícios. Um estudo demonstrou que os usos de tampões de ouvido estavam associados a efeitos protetores de disfunção.

Patel et.al (2014) mencionam ainda, que os sedativos são amplamente usados para tratar a privação de sono na UCI. No entanto, estão associados a um risco aumentado de delirium. As benzodiazepinas mostraram-se ser particularmente culpáveis em aumentar este risco. Assim, sugerem evitar esta classe de medicamentos, com a opção pelo uso de sedativos alternativos, como a dexmedetomidina, que se tem mostrado eficaz na redução da incidência de delirium. Reforçam a ideia da necessidade de avaliar a sedação diária, permitindo que se identifique a menor dose de sedativos que garantam o conforto e segurança dos doentes, reduzindo os efeitos adversos do sono e do delírio.

Referem que o maior ganho observado neste estudo deve-se a uma diminuição significativa na incidência do delirium. Expõem ainda, que em estudos anteriores o delirium está associado a uma maior taxa de mortalidade e morbidade. A incidência reduzida observada no estudo destes autores, deveria, teoricamente, beneficiar os utentes, embora não tenham estudado diretamente este assunto. Custos gerais da UCI e do hospital, estão aumentados na presença do delirium. À luz disso, a bundle também poderia reduzir os custos de saúde, ainda que não tivesse sido uma variável em estudo.

Sugerem ainda, que gostariam de repetir o estudo num futuro próximo para avaliar se a bundle ainda está a ser usada e se permanece eficaz fora das condições de pesquisa.

Concluíram que as 3 principais barreiras identificadas que comprometiam o bem-estar do doente (ruído, luz e cuidados à pessoa em situação crítica), foram abordadas com sucesso.

No ano de 2017, Pol, Itersona, & Maaskant, no seu estudo mostraram que com um protocolo para diminuição do ruído noturno, conseguiram reduzir a incidência de delirium na UCI. No entanto, neste estudo a qualidade do sono não melhorou após a implementação do protocolo, ao contrário do estudo realizado no ano de 2014.

É possível que a combinação de todas as intervenções usadas por Patel et al. (2014) tenha emergido neste resultado bem-sucedido. O resultado do estudo de Pol et al. (2017) demonstra que o uso de intervenções apenas para redução de som noturno por si só é insuficiente para melhorar significativamente a qualidade do sono.

Em consonância com estes resultados, o estudo anterior, de Patel et al. (2014) mostrou uma redução na incidência de delirium após a introdução de intervenções não farmacológicas. O estudo investigou um conjunto extenso de intervenções. Por outro lado, o de Pol et al. (2017) mostrou que a implementação de um protocolo de redução de som noturno com intervenções menos extensas também reduzem a incidência de delirium.

A redução da incidência de delirium é importante, pois contribui para uma melhor recuperação da pessoa em situação crítica, bem como uma menor permanência na UCI, no hospital e uma menor taxa de mortalidade. Segundo estes autores houve uma diminuição significativa no tempo de internamento hospital entre os grupos pré e pós-intervenção e que poderá ter sido justificação, o facto de ter havido uma menor incidência de delirium. No entanto, este resultado deve ser interpretado com cautela, pois o tempo de internamento hospitalar é influenciado por muitos fatores.

Foi levantada ainda, a hipótese de que a redução do som noturno aumentaria a qualidade do sono e, assim, reduziria a incidência de delirium. No entanto, esta hipótese não foi confirmada neste estudo. Portanto, foi observada uma redução na incidência de delirium com a mesma qualidade de sono descrita.

Desenvolvimentos tecnológicos e níveis de atividade nas UCI têm contribuído para o aumento do ruído de fundo. As medições eram realizadas nas unidades dos doentes antes e durante as intervenções para estabelecer objetivamente os níveis sonoros noturnos. As medições de som durante o período pós-intervenção foram ainda comparadas com outros

estudos. Durante este período, os níveis de som medianos estavam entre 41 e 52 dB e o nível de som nunca foi <35 dB. Após a implementação do protocolo de redução de som noturno, os níveis de som à noite eram mais baixos do que descrito na maioria das pesquisas anteriores. Até ao momento, nenhuma pesquisa foi capaz de atingir os níveis recomendados pela OMS.

Como este estudo foi limitado a uma UCI basicamente cirúrgica, limita a generalização dos resultados. Sugerem, que pesquisas futuras devem investigar um protocolo de redução de som num estudo envolvendo um número maior de participantes e um período mais longo de acompanhamento.

Considerarei importante ainda, analisar a revisão da literatura realizada por Lim (2018), uma vez que acrescenta uma nova intervenção, que não é referida nos 2 estudos anteriores, o momento de “quiet time”.

Um dos artigos que este autor analisou, examinou o efeito das intervenções no momento de silêncio numa UCI de neurocríticos, comparando a frequência do sono durante um período de quiet time (diminuição dos estímulos de luz e som) com um período normal de cuidado. Os achados revelaram que a probabilidade geral dos doentes estarem a dormir foi 1,5 vezes maior no grupo de intervenção do que no normal grupo de cuidado; portanto, diminuindo a luz e os níveis de som na UCI aumentaram a probabilidade de os doentes conseguirem dormir. Resultados semelhantes foram encontrados noutro estudo, que estudou o efeito de um momento de silêncio implementado entre 14h e 16h, descobrindo que os doentes estavam 4 vezes mais propensos a estarem a dormir durante o momento de silêncio, do que na meia hora anterior.

Dá ainda ênfase a outro estudo que investigou a eficácia de usar diretrizes para ruído e redução de luz na melhoria da qualidade do sono. A intervenção envolveu a redução dos níveis de luz e som e o mínimo de interrupções entre 23h e 5h, demonstrando melhorias na qualidade do sono e na sua eficiência.

Além de melhorar a qualidade do sono, esta revisão da literatura identificou vários outros benefícios clínicos do momento de silêncio, incluindo a administração reduzida de sedativos, redução da incidência de delirium, efeitos positivos nos parâmetros fisiológicos dos doentes e nos níveis de stress entre profissionais de saúde. McAndrew et al (2016) examinou o efeito de um período de silêncio - luzes apagadas, cortinas fechadas e

televisores desligados entre as 14h e 16h - em 72 doentes que estavam com ventilação mecânica. Descobriram assim, que os sedativos foram administrados com menos frequência após a implementação deste momento, o que facilitou a diminuição da necessidade de ventilação mecânica, que pode explicar a diminuição da permanência dos doentes em UCI. McAndrew et al (2016) também encontraram uma diferença significativa na frequência respiratória, com 32 doentes a apresentarem frequências respiratórias mais baixas após a implementação do silêncio. Descobertas de McAndrew et al (2016) foram consistentes com Pol et al. (2017), que expuseram que menos medicamentos indutores do sono foram usados no período pós-intervenção.

A implementação do momento de silêncio pode também melhorar o ambiente na UCI para os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde geralmente trabalham num ambiente stressante. O stress induzido pelo ruído também foi relatado como um preditor de 'burnout' em enfermeiros, o que pode resultar em problemas emocionais, exaustão, despersonalização. Além disso, o ruído contínuo foi associado a taquicardia, bem como sendo um influenciador negativo para o desempenho no trabalho. Dois estudos incluídos nesta revisão da literatura descobriram que os enfermeiros responderam positivamente às intervenções do momento de silêncio.

Concluem que, o momento de silêncio, associado à redução dos níveis de luz e ruído pode ser uma estratégia eficaz na produção de um ambiente saudável para os doentes e para os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Através da revisão integrativa da literatura foi possível comprovar que os vários estudos transpõem que os valores praticados nos serviços hospitalares, são muito acima do que é preconizado.

Dos vários serviços, a unidade de cuidados intensivos é dos mais ruidosos. Facilmente se compreende esta situação com os alarmes existentes dos monitores, as conversas entre profissionais, a necessidade de transporte dos doentes para a realização de exames, entre outros. Estes níveis exagerados de ruído prejudicam o bem-estar da pessoa em situação crítica, tendo consequências, como o aumento do delirium e a diminuição da qualidade do sono e por consequente no aumento do tempo de recuperação, pelo que deve ser um problema, que merece a atenção e a intervenção especializada de Enfermagem.

Estudos referem que as reduções individuais de ruído, luz e mudança no plano de cuidados são, portanto, improváveis que tenham um impacto significativo na privação de sono. As evidências anteriores demonstram que abordar vários desses fatores simultaneamente pode alcançar melhorias significativas na qualidade e quantidade do sono.

A realização desta revisão integrativa, possibilitou a consciencialização da importância do ruído no bem-estar da pessoa em situação crítica. A implementação de uma bundle que envolve um conjunto de intervenções no controlo do ruído, luminosidade e cuidado aos doentes, acrescentada da implementação do tempo de silêncio, pode ter efeitos benéficos na recuperação das pessoas em situação crítica e futuramente poderia ser experimentado nas UCI portuguesas.

Apesar de ser concordante para todos que as UCI produzem um ruído muito superior ao que é preconizado, ainda há poucos estudos realizados sobre esta temática em Portugal. Assim, era sugerido um estudo sobre o impacto da implementação de um conjunto de intervenções para diminuição do ruído, com consequências, na diminuição do delirium e no aumento da qualidade de sono.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lim, R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard*, 32(30), 41-48. doi: 10.7748/ns.2018.e10873
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 17(4), 758-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69, 540-549. doi:10.1111/anae.12638
- Pol, I. v., Itersona, M. v., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1-8. doi: doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.008
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 1-4.
- Santos, J., & Miguel, A. (2012). Níveis Sonoros em Ambiente Hospitalar – O Caso das Unidades de Cuidados. *Occupational Safety and Hygiene*, 394-396.

Apêndice II: Lista de verificação de transporte intra-hospitalar

Lista de verificação de transporte intra-hospitalar

Assinar com X em caso afirmativo

Assinar com N.A, caso não se aplique

Vinheta de identificação do doente

Data:

Hora de saída :

Hora de retorno ao serviço :

Verificação de Segurança

Verificação no doente

Via aérea patente.....

Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia permeável.....

Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia fixado.....

Pressão de cuff adequada.....

Acessos venosos e arteriais permeáveis e seguros.....

Sacos de drenagem esvaziados.....

Sonda gástrica em drenagem.....

Drenos permeáveis....

Pensos limpos e secos....

Fralda limpa....

Utilização de EPI'S (se aplicável).....

Removidas almofadas de posicionamento....

Removidos metais não nobres (RMN).....

Garantia de presença dos equipamentos, dispositivos e materiais

Quantidade de oxigénio adequada para tempo previsível, mais 30'

Garrafa de O2 suplente se pressão < 100 bar

Insuflador manual (com máscara, reservatório, e extensão de O2)

Ventilador de transporte operacional....

Baterias do monitor de transporte, bombas perfusoras, com carga.....

Monitor de transporte operacional....

Seringas e bombas perfusoras operacionais.....

Cabos de alimentação de seringas, bombas infusoras e monitor de transporte (se necessário)

Ocorrências

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Requisição efetuada

Contacto com serviço de destino

Equipa de transporte assegurada

Enfermeiro

Escala de estratificação de risco para o transporte

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
FR entre 10 e 14/min	0	Escala de Glasgow = 15	0
FR entre 15 e 35/min	1	Escala de Glasgow > 8 e < 14	1
Apneia ou FR < 10/min ou FR > 35/min ou respiração irregular	2	Escala de Glasgow ≤ 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (oxigenoterapia)	1	Grupo 1: Naloxona Manitol a 20% Corticosteróides Analgésicos	1
Sim (ventilação mecânica)	2		
4. ACESSOS VENOSOS		Grupo 2: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivantes Anestésicos gerais Dreno torácico	2
Não	0		
Acesso periférico	1	Total.....	
Acesso central em doente instável	2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA			
Estável	0		
Moderadamente estável (requer <15 ml/min)	1		
Instável (inotrópicos ou sangue)	2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG			
Não	0		
Sim (desejável)	1		
Sim (em doente instável)	2		
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (EAM > 48h)	1		
Sim, alto risco* (EAM >48h)	2		
Baixo risco- sem risco imediato de vida/ sem necessidade de intervenção terapêutica imediata			
Alto risco – risco imediato de vida ou necessita de intervenção imediata			

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA não invasiva	Monitor + mala de transporte
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e capnografia se indicado	Acima descrito + ventilador de transporte + material para via aérea avançada, seringas e bombas perfusoras.

Apêndice III: Avaliação da Pressão Intra-Abdominal

Título: Avaliação da Pressão Intra-abdominal

Elaborado por: Inês Pinto

Documento: Protocolo do Serviço

1. OBJETIVO

Determinar a Pressão Intra-abdominal (PIA) como método de identificação e prevenção da Síndrome de Compartimento Abdominal (SCA).

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Serviço de Medicina Intensiva e outros onde se execute o procedimento.

3. RESPONSABILIDADES

Enfermeiros e médicos do serviço.

4. MATERIAL E EQUIPAMENTO

- | | |
|---|--|
| ✓ Sistema de medição Unometer® de avaliação da PIA; | ✓ Seringas de 20 cc; |
| ✓ Algália; | ✓ 20 cc de água estéril; |
| ✓ Debitómetro; | ✓ Compressas esterilizadas com álcool a 70º. |

5. PROCEDIMENTO

- a) Posicionar o doente em decúbito dorsal;
- b) Adaptar o sistema de PIA ao debitómetro, fechar o clamp vermelho e adaptar a outra extremidade à algália do doente;
- c) Verificar se não existe nenhuma dobra na tubuladura colocando-a em torno da perna do doente;
- d) Verificar se o clamp vermelho está fechado, desinfetar o local de colheita de algália e **introduzir 20 cc de água estéril**. Este procedimento faz-se **apenas uma vez**.
- e) Colocar o **zero** do sistema de avaliação da PIA ao **nível da crista ilíaca na linha média axilar, elevar a tubuladura e abrir o clamp vermelho para a atmosfera;**

- f) Verificar se não existe qualquer contração muscular, que possa falsear o valor obtido (sedação, analgesia, curarização, se necessária);
- g) Avaliar com o doente conectado ao ventilador, **sem PEEP**;
- h) Efetuar a leitura da PIA no **final da expiração**;
- i) Fechar o clamp vermelho;
- j) Acondicionar o sistema.



Fonte: <https://www.convatec.com/en-gb/products/pc-ccc-area-iap-monitoring/unometer-abdo-pressure-iap-monitoring-system>

6. DEFINIÇÕES

6.1. DEFINIÇÃO DE PIA E VALORES ACEITÁVEIS PARA O DOENTE

A PIA corresponde ao valor de pressão gerada dentro da cavidade abdominal, que é determinada pelo índice de massa corporal, postura, atividade muscular da parede abdominal e respiração, sendo influenciada diretamente por vários fatores, tais como o volume dos órgãos, os ossos, o conteúdo do espaço abdominal e o grau de distensibilidade da parede abdominal.

Os valores da PIA considerados normais situam-se entre **0.2-12.2 mmHg**. Devido aos diferentes valores utilizadas pelos autores, a Sociedade Mundial da Síndrome de Compartimento Abdominal (WSACS) definiu as normas para esta síndrome, considerando que existe **Hipertensão Intra-Abdominal (HIA)** quando os valores se situam **acima dos 12 mmHg**.

6.3 OPÇÕES DE TRATAMENTO MÉDICO PARA REDUZIR A PIA

Melhorar a compliance abdominal do doente:

- ❖ Sedação e analgesia;
- ❖ Bloqueio neuromuscular (curarização);
- ❖ Evitar a flexão abdominal > 30°.

Eliminar o conteúdo gastrointestinal:

- ❖ Descompressão nasogástrica;
- ❖ Descompressão retal (sonda retal, enema);
- ❖ Utilização de medicação procinética.

Eliminar coleções abdominais:

- ❖ Paracentese;
- ❖ Drenagem percutânea.

Balanço hídrico adequado para o doente:

- ❖ Evitar excesso de volume;
- ❖ Administração de diuréticos;
- ❖ Soro hipertónico/coloides;
- ❖ Hemodiálise/hemofiltração.

6.4 Hipertensão Intra-abdominal/Síndrome de Compartimento Abdominal

A HIA é uma medida de pressão abdominal elevada, com causa multifatorial em doentes médico-cirúrgicos em estado crítico. A maioria dos autores considera que **valores superiores a 12 mmHg obtidos em 3 medições espaçadas por um intervalo de 4 a 6 horas e com uma Pressão de Perfusão Abdominal (PPA) inferior a 60 mmHg, são diagnósticos de HIA.**

A PPA condiciona a presença de um fluxo sanguíneo adequado aos vasos esplâncnicos e pode ser obtida pela **diferença entre os valores da Pressão Arterial Média (PAM) e a Pressão intra-abdominal (PIA).**

PPA = PAM-PIA

6.5 INDICE DE GRAVIDADE DA HIA

- **Grau I:** PIA 12-15 mmHg
- **Grau II:** PIA 16-20 mmHg
- **Grau III:** PIA 21-25 mmHg
- **Grau IV:** PIA > 25 mmHg

6.6 FATORES DE RISCO PARA HIA/SCA

Diminuição da compliance da parede abdominal:

- ❖ Insuficiência respiratória aguda com elevada pressão intratorácica;
- ❖ Cirurgia abdominal com encerramento da parede sob tensão;
- ❖ Trauma ou queimaduras;
- ❖ Obesidade mórbida;
- ❖ Decúbito ventral;
- ❖ Flexão abdominal >30°.

Alteração do trânsito intestinal:

- ❖ Gastroparesia;
- ❖ Íleo paralítico;
- ❖ Obstrução cólica.

Aumento do conteúdo abdominal:

- ❖ Hemoperitoneu/pneumoperitoneu;
- ❖ Ascite/insuficiência hepática.

Alteração da permeabilidade capilar dos fluídos:

- ❖ Acidose (ph <7.2, lactatos >2.5, déficit de base >5);
- ❖ Hipotensão;
- ❖ Hipotermia (temp. central < 33°C);
- ❖ Múltiplas transfusões (entre 6 a 10 unidades de sangue nas 24h);
- ❖ Coagulopatia (plaquetas < 5500/mm³ ou PT > 15s ou APTT >2x normal ou

INR>1.5);

- ❖ Fluidoterapia agressiva (5lt em 24h);
- ❖ Pancreatite;
- ❖ Oligúria;
- ❖ Sépsis;
- ❖ Laparotomia urgente.

6.7 CLASSIFICAÇÃO DOS SCA

Uma PIA elevada e prolongada ao longo do tempo leva a alterações graduais em vários sistemas orgânicos conduzindo ao SCA. Este poderá ser:

- **Primário:** condição associada a um traumatismo, doença abdominal-pélvica ou após cirurgia abdominal;
- **Secundário:** desenvolve-se na sequência de uma causa extra-abdominal;
- **Recorrente:** condição na qual o SCA reaparece após o tratamento médico ou cirúrgico da condição primária ou secundária.

Ver algoritmo de atuação- ver anexo II e III

- ❖ Quando um doente é internado numa unidade de cuidados intensivos devem ser identificados de imediato os fatores de risco para hipertensão intra-abdominal/síndrome de compartimento abdominal;
- ❖ Se o doente apresenta 2 ou mais fatores de risco, a PIA deve ser avaliada;
- ❖ Se existirem mais de 3 avaliações crescentes de PIA (>12 mmHg), esta deve ser avaliada de 4/4horas e se existe hipertensão intra-abdominal, então a PIA deve ser avaliada durante todo o internamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

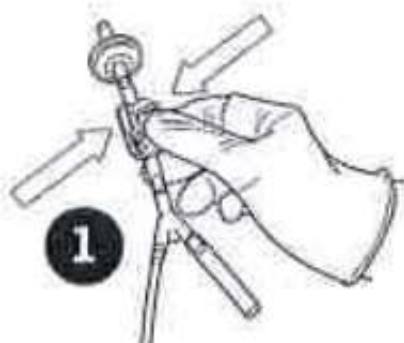
- Cheatham ML, Malbrain, ML, Kirkpatrick, A et al. Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. II. Recommendations. *Intensive Care Med.* 2007; 33:951–962.
- Malbrain ML, Cheatham ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. I. Definitions. *Intensive Care Med.* 2006; 32:1722–1732.
- Kirkpatrick, AW, Roberts DJ, Waele J, et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med.* 2013; 39: 1190-1206

8. ANEXOS

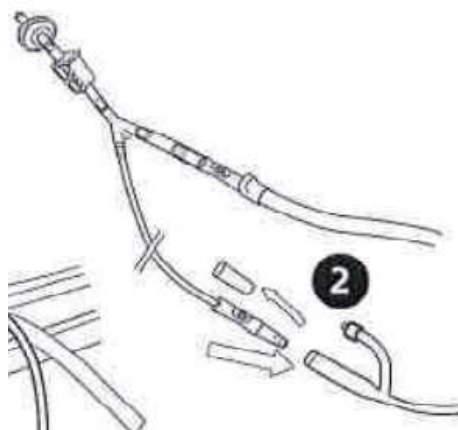
- I. Avaliação da PIA- esquema
- II. PIA- algoritmo de atuação
- III. PIA- algoritmo da pressão intra-abdominal e síndrome de compartimento abdominal

ANEXO I- AVALIAÇÃO DA PIA- ESQUEMA

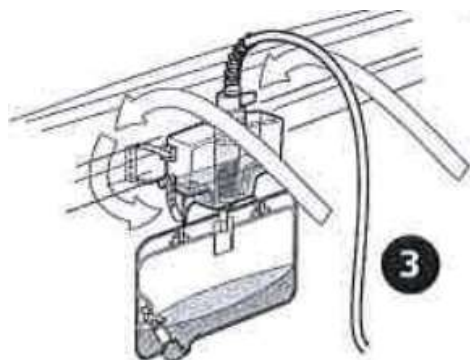
- ❖ O tempo de utilização máximo recomendado deste sistema é de 7 dias segundo o fabricante.



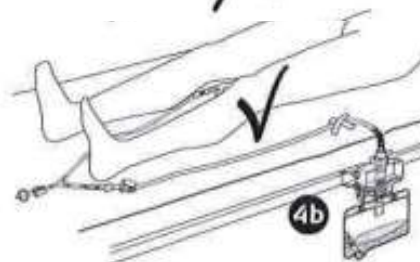
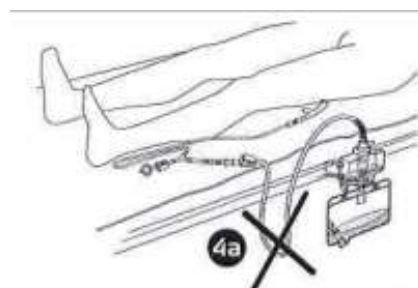
1. Fechar o clamp vermelho a seguir à válvula situada na extremidade da peça em Y.



2. Conectar o cateter foley ao Kit Abdo-Pressure®.

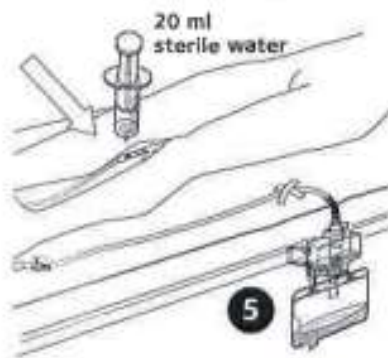


3. Fixar o unômetro Safeti/500® à parte lateral da cama e mantê-lo nivelado para obter uma medição precisa.

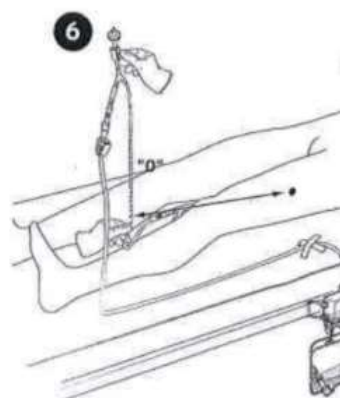


- 4a. Não colocar o tubo abaixo do nível da câmara.

- 4b. Quando o doente está deitado de costas, o tubo deve ser colocado entre as pernas e curvado à volta do pé. Todo o material do tubo deve estar acima do nível da câmara, mas abaixo do nível da bexiga.

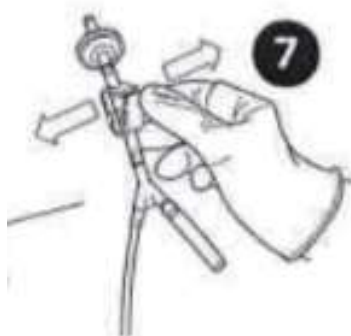


5. Preencher previamente o sistema com 20 ml de água esterilizada utilizando a porta localizada junto ao cateter de foley.

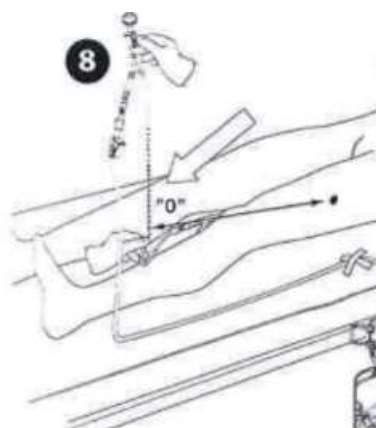


6.
 a) Verificar se o tubo contém líquido, uma vez que tal é necessário para uma medição precisa;
 b) Encontrar o ponto 0 no tubo do abdo-pressure® e colocar na porção média da púbis do doente, quando este se encontrar em posição supina;

c) Elevar o tubo para um nível vertical reto.

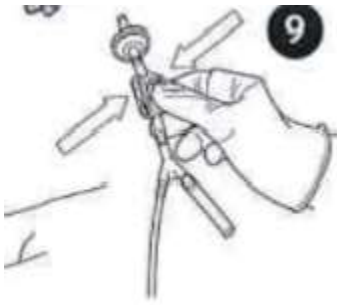


7. Quando o tubo se encontrar numa posição vertical, abrir o clamp vermelho.



8. Esperar que o fluxo do líquido/urina diminua.

Quando estiver estabilizado no tubo, o valor da pressão pode ser lido na escala.

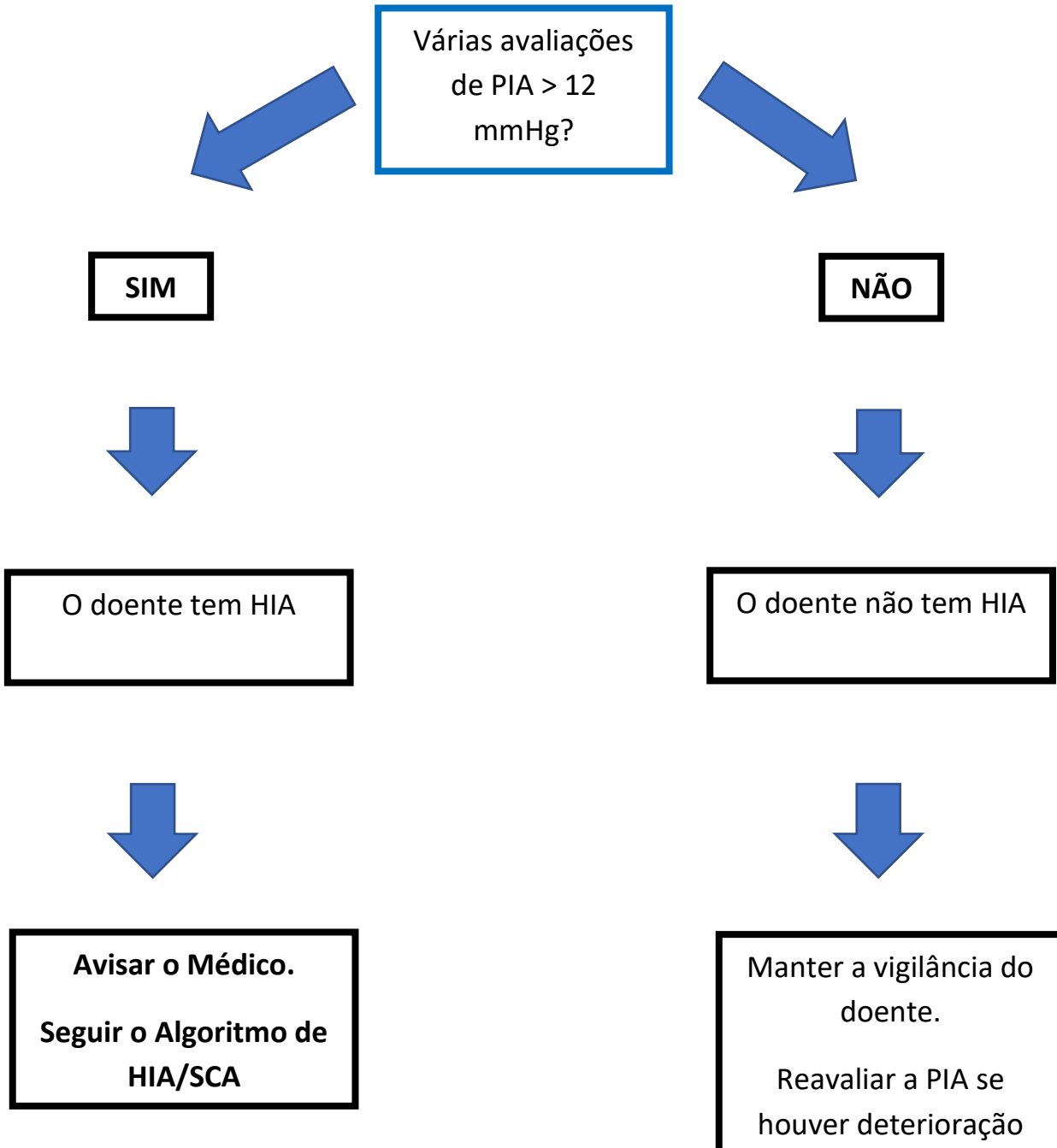


9. Fechar o clamp vermelho após medição.

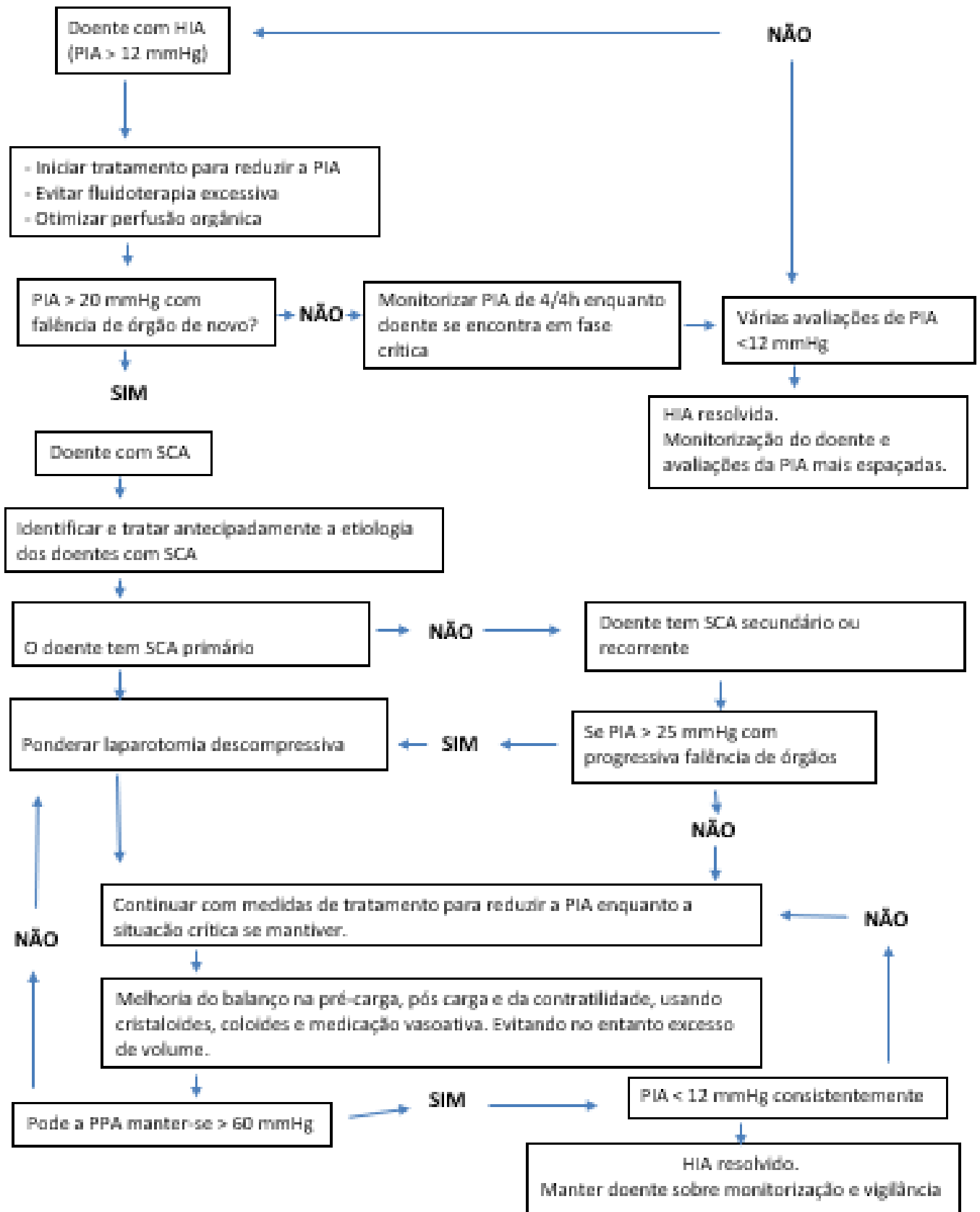
- ✓ Evitar que o filtro ganhe humidade devido a condições extrínsecas.
- ✓ Voltar a colocar o tubo na cama.

Fonte: Imagens retiradas da embalagem do artigo

ANEXO II- PIA ALGORITMO DE ATUAÇÃO



ANEXO III- ALGORITMO DE PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL E SCA



Apêndice IV: Cateter venoso central totalmente implantado: guia de boas práticas



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CATETER VENOSO CENTRAL: GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Por: Inês Maria Castro Moutinho Pereira Pinto
Sob Orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2021

INTRODUÇÃO

Atualmente como sabemos o número de pessoas com doença oncológica é elevado, sendo o cancro considerado uma das doenças mais relevantes do século XXI.

Sabemos que a incidência de pessoas portadoras de uma neoplasia tem vindo a aumentar, apesar de hoje em dia a prevenção e rastreios estarem muito mais presentes do que em anos anteriores. Em Portugal, no ano de 2020, o número de novos casos foi de 60 467. (World Health Organization, 2020)

Por outro lado, sabemos que a esperança média de vida aumentou e consequentemente a sobrevivência dos doentes com cancro tem aumentado, muito devido à evolução tecnológica, científica, à organização dos serviços e dos próprios profissionais de saúde.

Com a melhoria das técnicas e dos avanços na medicina e nos tratamentos, automaticamente existe a exigência de um acesso vascular adequado às necessidades específicas de cada doente.

O cateter venoso central (CVC) tem sido cada vez mais uma escolha para dar resposta às intervenções complexas que surgem, nomeadamente não só no doente oncológico como no doente crítico.

Podemos pensar que a sua importância está apenas na sua correta colocação, mas não nos podemos esquecer que é crucial uma boa manutenção. Deste modo, o enfermeiro possui um papel fundamental ao garantir a segurança e eficiência na sua utilização e manutenção.

Neste sentido optei pela elaboração deste documento, onde se faz referência às boas práticas, à luz da evidência científica, na utilização e manutenção do CVC totalmente implantado.

CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

A evidência científica não define um único tipo de acesso vascular central que deve ser utilizado para o doente oncológico. São múltiplos os fatores que se deve ter em conta: terapêutica a administrar, previsão de tratamento, frequência da sua utilização, necessidade de transfusão de hemoderivados, condição dos acessos venosos periféricos do doente e a sua capacidade de colaborar nos cuidados ao cateter. (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

O CVC totalmente implantado surgiu nos anos de 80, quando em 1972 se descreveu sobre o implante de um CVC com câmara subcutânea para administração de nutrição parentérica. (Zerati, Wolosker, Luccia, & Puech-Leão, 2017)

Este dispositivo consiste num pequeno reservatório em forma de disco que é implementado cirurgicamente no tecido subcutâneo, normalmente na parede torácica anterior do doente, podendo ainda ser colocado na face interna do antebraço ou na veia femoral. (Ramada, Coelho, Guilherme, & Marques, 2018)

As principais indicações para a colocação destes dispositivos são a necessidade de um acesso venoso frequente. Para além disso, a utilização destes cateteres requer sempre a punção da câmara, pelo que estes dispositivos são mais utilizados para um uso intermitente e, frequentemente para administração de quimioterapia. (Vasques, 2018)

De salientar ainda que num doente que possui CVC não é recomendada a punção periférica para efetuar perfusões/infusões, devendo-se utilizar o dispositivo central. (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

VANTAGENS E DESVANTAGENS

A principal vantagem dos cateteres venosos totalmente implantados está relacionada com a autoimagem do utente, uma vez que é um cateter que não está visível. Os autores referem ainda uma menor taxa de infeção quando comparado com outros dispositivos, uma necessidade de manipulação entre 4 semanas, e uma menor interferência com as atividades de vida diária, para além de que pode permanecer até meses ou anos. (Vasques, 2018) (Zerati, Wolosker, Luccia, & Puech-Leão, 2017)

Caponi, Pacheco, Silva, & Souza (2020) destacam ainda que contribuem para a qualidade de vida dos doentes ao diminuírem a dor e a ansiedade que muitas vezes são experienciadas pelos doentes que necessitam de múltiplas punções para ser administrada medicação por via periférica. Salientam ainda a durabilidade, mobilidade e conforto que lhe está associado.

Como sabemos nenhum segmento do dispositivo fica exteriorizado pelo que os autores afirmam que possui menos risco de infeção quando comparado com outros CVC, para além de que não necessita de cuidados no local de inserção quando não é utilizado. (Fonseca, et al., 2019)

De salientar que são CVC de custo de inserção elevados e que só têm uma via única, o que por vezes pode dificultar quando se necessita de infundir várias terapêuticas. (Vasques, 2018)

COMPLICAÇÕES

Apesar deste dispositivo oferecer inúmeras vantagens, complicações também podem ocorrer. De entre as principais complicações mencionadas na literatura é de realçar: a obstrução, a infeção e o extravasamento. (Zerati, Wolosker, Luccia, & Puech-Leão, 2017)


CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Como já foi dito anteriormente, o CVC é indispensável atualmente na prática diária. Na manipulação destes cateteres percebemos que o enfermeiro tem um papel fulcral, pelo que lhe é exigido conhecimento para a prestação de cuidados de qualidade.


MATERIAL E EQUIPAMENTO

*Para punção da câmara implantada:

- Máscara cirúrgica;
- Avental ou bata;
- Luvas esterilizadas;
- Campo esterilizado;
- Solução antisséptica com clorhexidina a 2% em solução alcoólica;
- Seringas esterilizadas de 10 e 20cc;
- Agulha tipo “Huber”;
- Conectores de pressão neutra;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Compressas esterilizadas 10x10cm;
- Penso adesivo esterilizado (IV 3000®/Tegaderm®);

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Proceder à lavagem higiénica das mãos; Colocar máscara, avental ou bata.</p>	Prevenir risco de infeção
<p>2. Posicionar o doente de acordo com o local de acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veias jugular e subclávia: Decúbito dorsal ou sentado com a cabeça voltada para o lado contrário à manipulação; • Veia femoral: decúbito dorsal. 	Melhor acesso à câmara do cateter; Evitar conspurcar o local da punção.
<p>3. Verificar, por palpação, a câmara e observar a existência de hipersensibilidade, rubor, tumefação ou serosidades.</p>	<p>Identificar o local de punção; Despistar potencial infeção</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>4. Colocar clorohexidina a 2% em solução alcoólica, sobre o local a puncionar.</p>	Prevenir risco de infeção
<p>5. Proceder à desinfeção higiénica das mãos.</p>	Prevenir risco de infeção
<p>6. Abrir o campo esterilizado, e dispor nele todo o material necessário.</p>	Facilitar o acesso ao material Prevenir risco de infeção
<p>7. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar outra mão para manusear material não estéril (frasco de soro)</p>	Prevenir risco de infeção
<p>8. Calçar a 2ª luva esterilizada</p>	Prevenir risco de infeção

<p>9. Proceder à segunda assepsia do local de punção e área circundante, usando compressas embebidas em solução antisséptica com clorohexidina a 2% em solução alcoólica, executando movimentos em espiral do centro para a periferia, deixando atuar cerca de 15 segundos.</p>	<p>Prevenir risco de infecção</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>10. Localizar o acesso por palpação da câmara e fixá-la entre os dedos, indicador e polegar.</p>	<p>Imobilizar a câmara</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>11. Dirigir a agulha (previamente preenchida com SF) ao ponto central, entre os dedos e perpendicularmente à pele e ao septo, mantendo a câmara imobilizada.</p>	<p>Aceder corretamente à câmara; Evitar danificar o cateter</p>

<p>12. Pesquisar refluxo de sangue.</p>	<p>Confirmar o correto posicionamento da agulha dentro da câmara</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>13. Aspirar com uma seringa de 10cc, cerca de 3 a 5cc de sangue e rejeitar.</p>	<p>Evitar contaminação</p>
<p>14. Adaptar seringa contendo 10 cc de SF e administrá-los em bólus push/pause*. Usar uma técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa.</p> <p><small>*“Push-Pause” ou técnica turbulenta de administração de ≥ 10 cc de SF para a lavagem do CVC em impulsos (lentamente) de ± 2.5 ml</small></p>	<p>Remover qualquer resíduo de sangue de forma a prevenir a obstrução do cateter</p>
<p>15. Efetuar o procedimento para o qual o cateter foi puncionado: administração de medicação e/ou colheita de sangue*.</p>	<p>Seguimento dos cuidados definidos</p>
<p>16. Fixar a agulha com película adesiva esterilizada (IV 3000®/Tegaderm®).</p>	<p>Evitar deslocação da agulha; Evitar contaminação do local de inserção</p>
<p>17. Retirar as luvas e lavar as mãos.</p>	<p>Prevenir risco de contaminação</p>

*Para colheita de sangue

- Máscara cirúrgica;
- Avental ou bata;
- Luvas esterilizadas;
- Campo esterilizado;
- Solução antisséptica com clorohexidina a 2% em solução alcoólica;
- Seringas de 10cc e 20 cc;
- Agulhas;
- Material de colheita por vácuo (adaptador e porta tubos esterilizado)
- Tubos de colheita;
- Compressas esterilizadas 10x10
- Soro fisiológico 0,9%
- Saco de resíduos do grupo II e III.

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata.	Prevenir risco de infeção
2. Parar as perfusões em curso antes de proceder à colheita (se for o caso).	Evitar alterações da amostra
3. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, com técnica asséptica, todo o material necessário.	Prevenir risco de infeção
4. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (frasco soro).	Prevenir risco de infeção
5. Calçar a 2ª Luva esterilizada.	Prevenir risco de infeção
6. Com uma compressa embebida em clorohexidina a 2%, envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador de agulha e obturador.	Evitar contaminação
7. Retirar o sistema de perfusão, protegendo-o adequadamente (ex: agulha capsulada) se for para voltar a utilizar.	Prevenir risco de infeção
8. Adaptar seringa contendo 10 cc de SF e administrá-los em bóluspulse/pause. Usar uma técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa	Remover qualquer resíduo de medicação de maneira a não contaminar a amostra

9. Abrir o adaptador e conectá-lo ao porta tubos. Na impossibilidade de colheita por sistema de vácuo, utilizar uma seringa.	Evitar contaminação Proceder à colheita
10. Com compressa embebida em clorohexidina a 2% em solução alcoólica segurar o cateter.	Evitar contaminação
11. Com compressa embebida em clorohexidina a 2% em solução alcoólica, conectar tubo de provas de compatibilidade e colher 3 a 5cc de sangue ou conectar seringa e colher a mesma quantidade.	Este sangue será rejeitado uma vez que contém soro
12. Efetuar as colheitas, conectando os diversos tubos com ajuda de compressas embebidas em clorohexidina a 2%.	Dar seguimento aos pedidos Evitar contaminação
13. Conectar uma seringa com 20 cc* de SF e administrá-los em bólus push/pause. *Após colheita sanguínea, suporte transfusional ou alimentação parentérica lipídica, deve-se realizar lavagem com 20 ml de soro fisiológico em vez de 10 ml	Remover qualquer resíduo de sangue que possa obstruir o cateter
14. Friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador da agulha e obturador, com uma compressa embebida em chlorohexidina a 2%.	Prevenir risco de infecção
15. Retomar as perfusões ou remover a agulha*.	Dar seguimento aos cuidados

*Para remoção da agulha de punção

- Máscara cirúrgica;
- Avental ou bata;
- Luvas esterilizadas;
- Campo esterilizado;
- Seringas de 10cc e 20 cc;
- Compressas esterilizadas 10x10cm;
- Soro fisiológico 0,9%
- Solução antisséptica com clorohexidina a 2% em solução alcoólica;
- Protetor cutâneo (Ex: Cavillon® ou similar)
- Película adesiva pequena (Ex: Optiskin® ou similar)
- Saco de resíduos do grupo II e III

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata.	Prevenir risco de infeção
2. Parar as perfusões em curso (se for o caso)	Dar sequência ao procedimento
3. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, com técnica asséptica, todo o material necessário	Prevenir risco de infeção
4. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (frasco soro)	Prevenir risco de infeção
5. Calçar a 2ª Luva esterilizada	Prevenir risco de infeção
6. Com uma compressa embebida em cloroheixidina a 2%, envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador da agulha e do obturador	Evitar contaminação
7. Retirar o sistema de perfusão.	Prevenir risco de infeção
8. Terminado o procedimento, adaptar uma seringa contendo 20 cc de SF e administrar em bólus push/pause*, criando no final uma “pressão positiva terminal”	Salinização do CVC com SF Evitar o refluxo de sangue na extremidade terminal do CVC Garantir o bom funcionamento do cateter
9. Remover a agulha mantendo firmemente a câmara segura entre os dedos polegar e indicador	Evitar formação de hematoma

10. Exercer pressão local com compressas embebidas em solução antisséptica com clorhexidina a 2%	Evitar formação de hematoma
11. Remover com Sterillium® (ou similar) resíduos da película adesiva, se necessário	Prevenir maceração da pele
12. Colocar protetor cutâneo e proteger local da punção com película adesiva	Prevenir risco de infecção
13. Rejeitar o material usado, nos respectivos contentores	Promover a segurança do ambiente

MANUTENÇÃO PERIÓDICA DO CVC

É de consenso internacional que é necessária uma manutenção periódica do acesso venoso central, no entanto não existe evidência científica consistente que defina o tempo para essa manutenção. A literatura recomenda períodos que não ultrapassem as 4 semanas. (Chopra et al., 2015; Commission, 2012; Moureau, 2019; O’Grady et al., 2011; Pittiruti et al., 2016; Schiffer et al., 2013; Smith et al., 2017) citado por (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

A manutenção da permeabilidade do CVC caracteriza-se pela administração de solução salina a 0.9%, que se designa por salinização. Esta prática caracteriza-se por lavagem do CVC totalmente implantado com solução salina, numa técnica designada por pressão positiva, a fim de o manter funcional mesmo sem estar em uso, durante 30 dias. (Fonseca, et al., 2019)

A lavagem tem como objetivo remover possíveis depósitos de fibrina, fármacos, produtos viscosos e outros compostos que possam aderir no interior e no reservatório subcutâneo. Alguns estudos realçam que para ser eficaz 10 ml já não é suficiente e falam de 20 ml para uma lavagem efetiva. (Fonseca, et al., 2019)

De realçar que os estudos apontam que não existem diferenças significativas entre a eficácia das soluções heparinizadas e o soro fisiológico 0.9% para manter a permeabilidade dos CVC, bem como salientam que o uso de forma profilática da heparina não mostrou diminuição em casos de oclusão de cateter, portanto não recomendam o seu uso.

Referem ainda que o uso de heparina pode constituir riscos para o doente, uma vez que é um anticoagulante que pode trazer várias reações e efeitos adversos como trombocitopenia, reações alérgicas, hemorragia, para além do custo mais elevado para as instituições de saúde. (Caponi, Pacheco, Silva, & Souza, 2020)

REGISTOS DE ENFERMAGEM

É importante registar as intervenções relativas à substituição de agulhas, sistemas de soros e outros materiais.

Deve-se ainda planear a próxima manutenção do CVC, se aplicável. (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

RECOMENDAÇÕES

- ❖ Não é normal sentir resistência aquando da administração pelo que se deve verificar o correto posicionamento da agulha;
- ❖ Não mexer ou rodar a agulha quando estiver no interior do cateter, uma vez que pode danificar o mesmo;
- ❖ Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva, que poderá danificar o cateter;
- ❖ Após colheita sanguínea, suporte transfusional ou alimentação parentérica lipídica, deve-se realizar uma lavagem com 20 ml de soro fisiológico em vez de 10 ml;
- ❖ “Push-Pause” ou técnica turbulenta de administração de ≥ 10 cc de SF para a lavagem do lúmen do CVC em impulsos (lentamente) de ± 2.5 ml;
- ❖ Técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa;
- ❖ Usar solução antisséptica com clorhexidina a 2% em solução alcoólica nos processos de desinfeção;
- ❖ Substituir sistemas de soros, torneiras, conectores e prolongadores, de 72/72 horas, no máximo até 96 horas;
- ❖ Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue e/ou derivados no final da perfusão (máximo 4 horas);
- ❖ Substituir os sistemas de albumina em períodos 24/24 horas;
- ❖ Substituir os sistemas de propofol em períodos de 6 a 12 horas;
- ❖ Trocar agulha Huber de 7 em 7 dias;
- ❖ A manutenção do cateter (salinização) é recomendável em períodos que não ultrapassem as 4 semanas;
- ❖ Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - a. Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - b. 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - c. 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.
- ❖ Datar penso quando realizado.

(Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

CONCLUSÃO

O cateter venoso central é um dispositivo fundamental, hoje em dia, no tratamento a doentes com cancro.

Torna-se uma boa opção, uma vez que causa menos impacto na auto-imagem corporal, bem como menor risco de infeção.

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento requer que os enfermeiros prestem cuidados baseados em evidência científica.

Deste modo, uma vez que a manipulação do CVCTI é de responsabilidade do enfermeiro, torna-se importante que o mesmo adeque a sua prática fundamentada e validada com evidência científica, de forma a prestar cuidados com qualidade e de garantir o melhor benefício para o doente.

Este documento tem como objetivo a uniformização das recomendações de boas práticas atual e pretende ajudar os enfermeiros na sua prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021). *Recomendação de boas práticas: Acessos vasculares Centrais*.
- Caponi, I. M., Pacheco, P. Q., Silva, L. R., & Souza, S. R. (2020). Estratégias de prevenção da obstrução em cateteres centrais totalmente implantados em pacientes oncológicos. *Enfermería Global*, 19(4), 497-510. doi :<https://doi.org/10.6018/eglobal.414531>.
- Custódio, C. d., Goulart, C. B., Reis, P. E., Silveira, R. C., Santos, B. N., Silva, K. R., & Vasques, C. I. (2018). Acessos Vasculares Em oncologica. Em *Diretrizes Oncológicas Parte 2* (p. 641). Obtido de <https://diretrizesoncologicas.com.br/>
- DGS. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Fonseca, D. F., Oliveira, P. P., Amaral, R. A., Nicoli, L. H., Silveira, E. A., & Rodrigues, A. B. (2019). Protocolo de Cuidados com Cateter Venoso Totalmente Implantado: Uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 1-16. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0352>
- Nunes, P. C., & Alminha, S. M. (2012). Cateter venoso central: que práticas na procura da excelência. *20*, 11-19.
- Ramada, D., Coelho, F., Guilherme, D., & Marques, P. (2018). Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado: Revisão da Literatura. *OncoNews*, 20-29. doi:<https://doi.org/10.31877/on.2018.37.03>
- Vasques, C. I. (2018). Cateter totalmente implantado em Oncologia. Em *Diretrizes Oncológicas 2* (pp. 653-663). Obtido de <https://diretrizesoncologicas.com.br/>
- Zerati, A. E., Wolosker, N., Luccia, N. d., & Puech-Leão, P. (2017). Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 128-139. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.0082>

MANIPULAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

MATERIAL E EQUIPAMENTO

Punção da câmara

- **Máscara cirúrgica**
- **Avental ou bata**
- **Luvas esterilizadas**
- **Campo esterilizado**
- **Solução antisséptica com clorhexidina a 2% em solução alcoólica**
- **Seringas esterilizadas de 10cc e 20cc**
- **Agulha tipo “Hubber”**
- **Conectores de pressão neutra**
- **Soro fisiológico 0,9%**
- **Compressas esterilizadas 10x10 cm**
- **Penso adesivo esterilizado (IV3000®/Tegaderm®)**


Colheita de sangue



- **Máscara cirúrgica**
- **Avental ou bata**
- **Luvas esterilizadas**
- **Campo esterilizado**
- **Solução antisséptica com clorhexidina a 2% em solução alcoólica**
- **Seringas esterilizadas de 10cc e 20 cc;**
- **Agulhas**
- **Material de colheita por vácuo (adaptador e porta tubos esterilizado)**
- **Tubos de colheita**
- **Compressas esterilizadas 10x10cm**
- **Soro fisiológico 0,9%**
- **Saco de resíduos do Grupo II e III**


Remoção de agulha

- **Máscara cirúrgica**
- **Avental ou bata**
- **Luvas esterilizadas**
- **Campo esterilizado**
- **Seringas de 10 e 20 cc**
- **Compressas esterilizadas 10x10cm**
- **Soro fisiológico 0,9% (SF)**
- **Solução antisséptica com clorhexidina a 2%**
- **Protetor cutâneo**
- **Película adesiva pequena**
- **Saco de resíduos do Grupo II e III**

PUNÇÃO DA CÂMARA

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Proceder à lavagem higiénica das mãos; Colocar máscara, avental ou bata.</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>2. Posicionar o doente de acordo com o local de acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veias jugular e subclávia: Decúbito dorsal ou sentado, com a cabeça voltada para o lado contrário à manipulação • Veia femoral: Decúbito dorsal 	<p>Melhor acesso à câmara do cateter Evitar conspurcar o local da punção</p>
<p>3. Verificar, por palpação, a câmara e observar a existência de hipersensibilidade, rubor, tumefação ou serosidades.</p>	<p>Identificar o local de punção</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p> <p>Despistar potencial infeção</p>
<p>4. Colocar clorhexidina a 2% em solução alcoólica, sobre o local a punccionar.</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>5. Proceder à desinfeção higiénica das mãos.</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>

<p>6. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, em técnica asséptica, todo o material esterilizado necessário.</p>	<p>Facilitar o acesso ao material Prevenir risco de infeção</p>
<p>7. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (frasco de soro).</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>8. Calçar 2ª luva esterilizada</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>9. Proceder à segunda assepsia do local de punção e área circundante, usando compressas embebidas em solução antisséptica com clorhexidina a 2% em solução alcoólica, executando movimentos em espiral do centro para a periferia, deixando atuar cerca de 15 segundos.</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>10. Localizar o acesso por palpação da câmara e fixá-la entre os dedos, indicador e polegar</p>	<p>Imobilizar a câmara</p>  <p>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</p>
<p>11. Dirigir a agulha (previamente preenchida com SF) ao ponto central, entre os dedos</p>	<p>Aceder corretamente à câmara Evitar danificar o cateter</p>

<p>e perpendicularmente à pele e ao septo, mantendo a câmara imobilizada.</p>	
<p>12. Pesquisar refluxo de sangue.</p>	<p>Confirmar o correto posicionamento da agulha dentro da câmara</p>  <p><i>Fonte: https://diretrizesoncologicas.com.br/</i></p>
<p>13. Aspirar com seringa de 10cc, cerca de 3 a 5cc de sangue e rejeitar</p>	<p>Evitar contaminação</p>
<p>14. Adaptar seringa contendo 10 cc de SF e administrá-los em bólus push/pause*. Usar uma técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa. *“Push-Pause” ou técnica turbulenta de administração de ≥ 10 cc de SF para a lavagem do CVC em impulsos(lentamente) de ± 2.5 ml</p>	<p>Remover qualquer resíduo de sangue de forma a prevenir a obstrução do cateter</p>
<p>15. Efetuar o procedimento para o qual o cateter foi puncionado: administração de medicação e/ou colheita de sangue*.</p>	<p>Seguimento dos cuidados definidos</p>
<p>16. Fixar a agulha com película adesiva esterilizada (IV 3000®/Tegaderm®).</p>	<p>Evitar deslocação da agulha; Evitar contaminação do local de inserção</p>
<p>17. Retirar as luvas e lavar as mãos</p>	<p>Previr risco de contaminação</p>

***COLHEITA DE SANGUE**

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata.	Prevenir risco de infeção
2. Parar as perfusões em curso antes de proceder à colheita (se for o caso).	Evitar alterações da amostra
3. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, com técnica asséptica, todo o material necessário.	Prevenir risco de infeção
4. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (frasco soro).	Prevenir risco de infeção
5. Calçar a 2ª Luva esterilizada.	Prevenir risco de infeção
6. Com uma compressa embebida em clorohexidina a 2%, envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador de agulha e obturador.	Evitar contaminação
7. Retirar o sistema de perfusão, protegendo-o adequadamente (ex: agulha capsulada) se for para voltar a utilizar.	Prevenir risco de infeção
8. Adaptar seringa contendo 10 cc de SF e administrá-los em bólus push/pause. **"Push-Pause" ou técnica turbulenta de administração de ≥ 10 cc de SF para a lavagem do CVC em impulsos(lentamente) de ± 2.5 ml	Remover qualquer resíduo de medicação de maneira a não contaminar a amostra

Usar uma técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa	
9. Abrir o adaptador e conectá-lo ao porta tubos. Na impossibilidade de colheita por sistema de vácuo, utilizar uma seringa.	Evitar contaminação Proceder à colheita
10. Com compressa embebida em clorhexidina a 2% em solução alcoólica segurar o cateter.	Evitar contaminação
11. Com compressa embebida em clorhexidina a 2% em solução alcoólica, conectar tubo de provas de compatibilidade e colher 3 a 5cc de sangue ou conectar seringa e colher a mesma quantidade.	Este sangue será rejeitado pois contem sororo
12. Efetuar as colheitas, conectando os diversos tubos com ajuda de compressas embebidas em clorhexidina a 2%.	Dar seguimento aos pedidos Evitar contaminação
13. Conectar uma seringa com 20 cc* de SF e administrá-los em bólus push/pause. <small>*Após colheita sanguínea, suporte transfusional ou alimentação parentérica lipídica, lavagem com 20 ml de soro fisiológico em vez de 10 ml</small>	Remover qualquer resíduo de sangue que possa obstruir o cateter
14. Friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador da agulha e obturador, com uma compressa embebida em clorhexidina a 2%.	Prevenir risco de infeção
15. Retomar as perfusões ou remover a agulha*.	Dar seguimento aos cuidados

***REMOÇÃO DE AGULHA**

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata.	Prevenir risco de infeção
2. Parar as perfusões em curso (se for o caso).	Dar sequência ao procedimento
3. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, com técnica asséptica, todo o material necessário.	Prevenir risco de infeção
4. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (frasco soro).	Prevenir risco de infeção
5. Calçar a 2ª Luva esterilizada.	Prevenir risco de infeção
6. Com uma compressa embebida em clorhexidina a 2%, envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador de agulha e obturador.	Evitar contaminação
7. Retirar o sistema de perfusão.	Prevenir risco de infeção
8. Terminado o procedimento, adaptar uma seringa contendo 20 cc de SF e administrar em bólus push/pause*, criando no final uma “pressão positiva terminal” <small>*“Push-Pause” ou técnica turbulenta de administração de 20 cc de SF para a lavagem do CVC em impulsos (lentamente) de ± 2.5 ml</small>	Salinização do CVC com SF. Evitar o refluxo de sangue na extremidade terminal do CVC Garantir o bom funcionamento do cateter
9. Remover a agulha mantendo firmemente a câmara segura entre os dedos polegar e indicador	Evitar formação de hematoma

10. Exercer pressão local com compressas embebidas em solução antisséptica com clorhexidina a 2%	Evitar formação de hematoma
11. Remover com Sterillium® (ou similar) resíduos da película adesiva, se necessário	Prevenir maceração da pele
12. Colocar protetor cutâneo e proteger local da punção com película adesiva	Prevenir risco de infeção
13. Rejeitar o material usado, nos respetivos contentores	Promover a segurança do ambiente

REGISTOS DE ENFERMAGEM

- ❖ Registrar as intervenções executadas;
- ❖ Planear próximas intervenções relativas a substituição de agulhas, sistemas desoros e outros materiais, se aplicável;
- ❖ Planear próxima salinização do cateter dentro de 4 semanas, se aplicável.

RECOMENDAÇÕES

- ❖ Não é normal sentir resistência aquando da administração pelo que se deve verificar o correto posicionamento da agulha;
- ❖ Não mexer ou rodar a agulha quando estiver no interior do cateter uma vez que pode danificar o mesmo;
- ❖ Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva, que poderá danificar o cateter;
- ❖ Após colheita sanguínea, suporte transfusional ou alimentação parentérica lipídica, lavagem com 20 ml de soro fisiológico em vez de 10 ml;
- ❖ “Push-Pause” ou técnica turbulenta de administração de ≥ 10 cc de SF para lavagem do lúmen do CVC em impulsos (lentamente) de ± 2.5 ml;
- ❖ Técnica de pressão positiva: clampar via do CVC previamente à remoção da seringa;
- ❖ Usar solução antisséptica com clorhexidina a 2 % em solução alcoólica nos processos de desinfeção;
- ❖ Substituir sistemas de soros, torneiras, conectores e prolongadores, de 72/72 horas, no máximo até 96 horas;
- ❖ Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue e/ou derivados no final da perfusão (máximo 4 horas);
- ❖ Substituir os sistemas de albumina em períodos 24/24 horas;
- ❖ Substituir os sistemas de propofol em períodos de 6 a 12 horas;

Elaborado por: Inês Pinto, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

- ❖ Trocar agulha Huber de 7 em 7 dias;
- ❖ A manutenção do cateter (salinização) é recomendável em períodos que não ultrapassem as 4 semanas;
- ❖ Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - a. Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - b. 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - c. 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.
- ❖ Datar penso quando realizado.

(Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021). *Recomendação de boas práticas: Acessos vasculares Centrais*. Disponível em: https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf
- Caponi, I. M., Pacheco, P. Q., Silva, L. R., & Souza, S. R. (2020). Estratégias de prevenção da obstrução em cateteres centrais totalmente implantados em pacientes oncológicos. *Enfermería Global*, 19(4), 497-510. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.414531>.
- DGS. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Fonseca, D. F., Oliveira, P. P., Amaral, R. A., Nicoli, L. H., Silveira, E. A., & Rodrigues, A. B. (2019). Protocolo de Cuidados com Cateter Venoso Totalmente Implantado: Uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0352>
- Nunes, P. C., & Alminha, S. M. (2012). Cateter venoso central: que práticas na procura da excelência. *20*, 11-19.
- Ramada, D., Coelho, F., Guilherme, D., & Marques, P. (2018). Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado: Revisão da Literatura. *OncoNews*, 20-29. doi: https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/05/ON37_artigo03_full.pdf
- Vasques, C. I. (2018). Cateter totalmente implantado em Oncologia. Em *Diretrizes Oncológicas 2* (pp. 653-663). Obtido de <https://diretrizesoncológicas.com.br/>

Apêndice V: Póster “A intervenção de enfermagem no controlo do ruído:
Promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica. Revisão integrativa “



A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DO RUÍDO: PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA REVISÃO INTEGRATIVA



Inês Pinto¹, Amélia Ferreira²

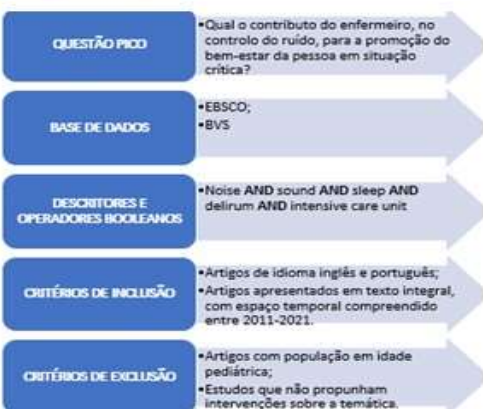
¹ Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC da Universidade Católica Portuguesa- ICS/PORTO; IPO PORTO
² Universidade Católica Portuguesa- ICS/PORTO; ULS MATOSINHOS

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da ciência e por consequente, dos cuidados de saúde, as unidades de cuidados intensivos (UCI) são cada vez mais complexas e exigentes, dotadas de equipamentos que provocam algum ruído. Assim, nos dias de hoje, a relevância do ruído tem vindo a ser cada vez mais reconhecida como um possível agente causador de desconforto e mal-estar na pessoa em situação crítica (PSC), tendo influência no aumento do delírio, na diminuição da qualidade do sono e por resultante no aumento do tempo de recuperação.

O objetivo deste trabalho é descrever a evidência científica produzida nos últimos dez anos, sobre os ganhos em saúde na PSC, com a implementação de intervenções no controlo do ruído nas UCI.

METODOLOGIA



Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 3 artigos foram incluídos na análise crítica.

E1) Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review

E2) Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis

E3) The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients

[1] Lim, R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard*, 32(30), 41-48. doi: 10.7748/ns.2018.e10873
[2] Pol, I. V., Iterson, M. V., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18. doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.008
[3] Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Loh, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69, 540-549. doi:10.1111/anae.12638

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O E1 demonstrou o efeito dos períodos de silêncio (diminuição dos estímulos de luz e som, nomeadamente, luzes apagadas, cortinas fechadas e televisores desligados) nas UCI. Concluiu-se que houve uma diminuição na frequência respiratória dos doentes, a probabilidade de estarem a dormir era maior, o que se refletiu na menor necessidade de utilização de sedativos e de ventilação mecânica, tendo influência na diminuição da permanência dos doentes em UCI. Identificaram-se ainda outros benefícios, como a redução do delírio, uma vez que os doentes estavam mais tranquilos e em repouso.

O E2 procurou estudar o benefício da implementação de um protocolo com o objetivo de redução do som noturno.

- Evitar conversas não clínicas em torno da PSC;
- Delinear o plano de cuidados, limitando o número de interrupções do sono;
- Realizar configurações de alarme adequadas, minimizando o volume;
- Fechar as portas;
- Fornecer tampões se o estado clínico o permitir;
- Remover plásticos de medicação fora da unidade.

Tal como no E1, houve uma redução da incidência do delírio. No entanto, ao contrário do que aconteceu no E1 e E3, não existiram alterações na qualidade do sono, o que pela perspetiva dos autores esteve relacionado com a utilização de intervenções relativas apenas ao som.

No E3 analisaram a incidência do delírio e a qualidade do sono após a aplicação de uma bundle.

Controlo do ruído: fechar todas as portas; ativar o modo noturno e reduzir o volume em todos os telefones e equipamentos entre as 23h e as 7h; ausência de conversas não clínicas junto dos doentes; profissionais e visitas devem falar calmamente; oferecer tampões a todos os doentes com escala de RASS > -4;
Controlo da luminosidade: diminuir a intensidade da luz, usando apenas a luz da cabeceira aquando da prestação de cuidados entre as 23h e as 7h; oferecer venda a todos os doentes com escala de RASS > -4;
Cuidados aos doentes: agrupar os vários cuidados a prestar; completar os cuidados antes das 23h e adiá-los até às 8h (dentro do possível); orientar os doentes quanto ao tempo e espaço a todas as 8h; se os doentes não dormirem adequadamente providenciar uma revisão terapêutica; avaliação horária da dor (com escalas adequadas); garantir a mobilização precoce quando possível e apropriado.

Este estudo corroborou com os resultados do E1 e E2, ao demonstrar uma diminuição da incidência do delírio e uma melhoria da qualidade do sono.

CONCLUSÃO

As reduções individuais do ruído são, portanto, improváveis que tenham um impacto significativo. As evidências demonstram que abordar vários desses fatores simultaneamente pode alcançar melhorias significativas.

A implementação de uma bundle que envolve um conjunto de intervenções no controlo do ruído, luminosidade, cuidado aos doentes e tempo de silêncio, tem efeitos benéficos na recuperação da PSC.

Anexo VI: Certificado de Póster “A intervenção de enfermagem no controlo do ruído: Promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica. Revisão integrativa



CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER**: A intervenção do enfermeiro especialista no **controle do ruído: promoção do bem-estar da pessoa em situação crítica** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(a) do trabalho: **Inês Maria Castro Moutinho Pereira Piello**.

933ab37c30201f791424

19 e 20 Feb 2022

