



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

INDICADORES DE QUALIDADE PARA A MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Daniela Filipa Freitas Dias

LISBOA, Abril de 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

INDICADORES DE QUALIDADE PARA A MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Daniela Filipa Freitas Dias

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Abril de 2014

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa

... pela orientação, incentivo e disponibilidade constante

Às enfermeiras orientadoras

...pelas experiências e conhecimentos

À minha família

... pelo apoio, paciência e amor incondicional

À minha equipa do coração: M^a José Mourato, Carla Silva, Célia Viegas e Bambé

... por testemunharem com orgulho este meu caminho e partilharmos, na prestação de cuidados, momentos de alegria, tristeza, compreensão e aprendizagem

Aos meus amigos

...pela compreensão e amizade

RESUMO

Este relatório descreve o processo de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica detém competências científicas, éticas, relacionais e técnicas, que operacionaliza nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação. Deste modo, é realizada uma descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas e das competências especializadas adquiridas na prática clínica em dois contextos distintos de cuidado de enfermagem: o Serviço de Urgência Geral e a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Garcia de Orta. Foram vivenciadas situações de elevada criticidade e vulnerabilidade, onde aliada à vigilância e monitorização constante, ocorreu o desenvolvimento de competências comunicacionais significativas, promovendo o fortalecimento da relação doente/família/enfermeiro e a gestão de sentimentos, promoção do conforto e qualidade de vida.

A temática dos indicadores de qualidade de enfermagem surge como eixo transversal a todo o relatório, devido ao seu potencial de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Os indicadores de qualidade de enfermagem refletem a forma como os enfermeiros contribuem para a saúde da população e como planeiam, atuam e avaliam a sua ação profissional e processo de decisão autónomo. Através de processos de revisão de literatura foram evidenciados os indicadores de qualidade de enfermagem para os contextos específicos da UCI e do serviço de urgência. Posteriormente, foram selecionados alguns indicadores, atendendo às necessidades identificadas nos serviços, e planeados projetos de operacionalização dos mesmos com contributos reais e efetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados e do sistema de auditoria.

ABSTRACT

This report describes the process of acquisition of specialized competences in Medical-Surgical Nursing. For taking care of a person in critical condition, the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing possesses scientific, ethical, relational and technical competences which are employed in the areas of care, management, formation and investigation.

This way a detailed description of the developed activities and specialized competences acquired in the clinical practice is given in two different contexts of nurse care: emergency service and the ICU of Hospital Garcia de Orta.

Critical and vulnerable situations were experienced, where constant vigilance and monitoring allied by high technology resulted in the development of significant communication competences, strengthening the patient/family/nurse relation, incentivizing the management of feelings and promoting comfort and life quality.

The thematic of nursing quality indicators comes as a transversal topic throughout this report due to its potential of contribution in the care quality improvement. They reflect the unique contribution of nursing care for the population's health and measure how nurses conceive, act and evaluate their professional action and autonomous decision process.

Through literature reviews, specific emergency care and intensive care nursing quality indicators were identified. Subsequently some indicators were selected according to the needs identified in the services and some implementation projects were developed which resulted in real and effective improvements in nursing quality practice and audit services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

BO:	Bloco Operatório
CCI:	Comissão de Controlo de Infecção
CDC:	Centre of Disease Control
CHKS:	Caspe Healthcare Knowledge System
CIPE:	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIV:	Cateteres intravasculares
CVC:	Cateter Venoso Central
EAM:	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAP:	Edema Agudo do Pulmão
EEMC:	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel
GIA:	Gabinete de Informações e Acompanhamento
HGO:	Hospital Garcia de Orta
IACS:	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN:	International Council of Nurses
ICS:	Instituto de Ciências da Saúde
INCS:	Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
NP:	Norma de Procedimento
PICOS:	Population, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study Design
PNCI:	Programa Nacional de Controlo de Infecção
SAPE:	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SNG:	Sonda Nasogástrica
SUG:	Serviço de Urgência Geral
SWOT:	Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças);
TET:	Tubo Endotraqueal
UCI:	Unidade de Cuidados Intensivos
UCP:	Universidade Católica Portuguesa
UP:	Úlcera de Pressão
WHO:	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. INDICADORES DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM AO DOENTE ADULTO INTERNADO EM UCI: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	21
2. DESCRIÇÃO ANALÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO E PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	31
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MÓDULO I	32
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – MÓDULO II.....	49
CONCLUSÕES.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	77
APÊNDICE I: Características dos artigos integrantes da amostra final da revisão sistemática da literatura sobre indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI.	
APÊNDICE II: Póster apresentado nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem UCP-ICS Lisboa: <i>Nursing quality indicators for intensive care patient: literature review.</i>	
APÊNDICE III: Análise SWOT ao SUG do HGO	
APÊNDICE IV: Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência	
APÊNDICE V: Indicador de Qualidade: incidência de úlceras de pressão no Serviço de Urgência: Planeamento de projeto de intervenção	
APÊNDICE VI: Póster apresentado no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – <i>Indicadores de Qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados no Serviço de Urgência: Revisão Sistemática da Literatura</i>	
APÊNDICE VII: Análise SWOT da UCI do HGO	
APÊNDICE VIII: Contributos para a promoção da qualidade no cuidado de enfermagem ao doente adulto em UCI: Revisão da Literatura	

APÊNDICE IX: Extubação não planeada: Contributos para uma prática de enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI

ANEXOS

ANEXO I: Certificado de Participação nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem UCP-ICS Lisboa

ANEXO II: Certificado de Participação no II Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ANEXO III: Certificado de Participação com Comunicação Livre no II Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ÍNDICE DE FIGURAS

Esquema 1. Indicadores de qualidade de enfermagem na prestação de cuidados ao adulto internado em UCI	26
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de inclusão dos estudos pesquisados	23
Quadro 2. Resultados da pesquisa eletrónica de fontes.....	24
Quadro 3. Estudos incluídos na amostra final	25

INTRODUÇÃO

Este relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é referente ao 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Respeita as diretrizes do Decreto-Lei 74/2006 de 25 de Março, artigo 18º, alínea n.º4, preconizando que “(...) no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”. Do mesmo modo, conforme o Decreto-Lei 353/99 de 3 de Setembro aprovado pela Portaria 268/2002 de 13 de Março, este curso confirma a formação de enfermeiros especialistas em curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

A existência de enfermeiros que realizem cuidados especializados é justificada pela necessidade destes profissionais procurarem, em toda a sua prática profissional, a excelência do exercício, conforme preconizado no Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005). Ao enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros é “(...) atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (DECRETO-LEI N.º 161/96, de 4 de Setembro).

De forma a desenvolver o conhecimento e a aquisição de competências especializadas de enfermagem numa área específica de cuidados, neste caso, cuidados à Pessoa em Situação Crítica, o plano de estudos do Curso, propõe a realização de um estágio. Este é composto por 30 ECTS com 750 horas de trabalho, das quais 540h são de contacto direto e 210h de trabalho autónomo. O estágio é dividido em 3 módulos de 10 ECTS, com 180h de contacto direto. O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Orta (HGO) de 22 de Abril a 22 de Junho de 2013. O módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), na mesma instituição de saúde do módulo anterior, de 23 de Setembro a 16 de Novembro de 2013. No módulo III é dado ao formando o direito de opção por uma das seguintes áreas: Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Enfermagem Geriátrica, Enfermagem no

Perioperatório e Controlo de Infecção Hospitalar. Atendendo ao facto de prestar cuidados de enfermagem perioperatórios no Bloco Operatório (BO), após avaliação do relatório de experiência profissional foi-me concedida creditação desse módulo. A escolha do HGO para realização do estágio prende-se com o facto de, além de aí desempenhar funções de enfermagem, considerar que esta instituição de saúde tem uma cultura organizacional de procura contínua da melhoria da qualidade assistencial à população, sendo uma instituição acreditada pelo CHKS (Caspé Healthcare Knowledge System) e proporcionando experiências, na prática clínica dos cuidados de enfermagem, promotoras do desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais específicas do enfermeiro especialista na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Ao longo do Estágio foi aprofundada a temática conceptual dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, atendendo ao contexto específico da prestação de cuidados no SUG e na UCI. Os indicadores são “(...) medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (PEREIRA, 2009, p.54). Os indicadores de avaliação referentes aos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). A informação contida nesses indicadores tem de ser válida e consistente para a tomada de decisão ao nível: do doente, do serviço, da instituição ou da região (Paiva, 2014). Estes medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, decorrente da tomada de decisão autónoma. Assim, através da avaliação desses indicadores será possível: identificar a necessidade de implementar melhorias na prática dos cuidados de enfermagem; validar a qualidade das práticas exercidas e melhorar a representação social dos enfermeiros para a população. Todos os enfermeiros têm o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002). Contudo o enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b), é um profissional de

destaque para o desenvolvimento de projetos de avaliação de indicadores de enfermagem e de melhoria contínua da qualidade.

Este relatório tem como objetivo principal: *Dar a conhecer o processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica*. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio face aos objetivos definidos para cada módulo;
- refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas no estágio;
- identificar as competências especializadas de enfermagem adquiridas ao longo do estágio, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- sistematizar conhecimentos sobre a temática dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, atendendo ao contexto específico da prestação de cuidados ao doente no SUG e UCI.

Na elaboração deste relatório utilizou-se a expressão doente para referir a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, sendo a palavra em uso na organização de acolhimento do estágio. No entanto, esta detém todas as características evidenciadas para a Pessoa presentes no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002). As referências bibliográficas utilizadas neste documento foram organizadas de acordo com a norma ISO 690 (NP405).

O presente relatório está organizado em três capítulos distintos. O primeiro capítulo é constituído pela revisão sistemática de literatura efetuada com o tema: Indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em Unidade de Cuidados Intensivos. O segundo capítulo contém a descrição analítica das atividades realizadas durante o estágio e processo de aquisição de competências especializadas, subdividindo-se para cada contexto de estágio (SUG e UCI). O último capítulo é composto pelas conclusões, onde se realiza um balanço final sobre o processo de aprendizagem desenvolvido para a aquisição de competências especializadas na área de EEMC, com referência aos pontos fortes, fracos e limitações de todo esse processo.

1. INDICADORES DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM AO DOENTE ADULTO INTERNADO EM UCI: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Este capítulo expõe a revisão sistemática da literatura efetuada sobre a temática dos indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI. Hesbeen refere a urgência dos enfermeiros revelarem “o conteúdo real e o sentido da arte do cuidar e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida, negligenciada ou até mesmo pervertida” (HESBEEN, 2001, p.43). A temática específica dos indicadores de qualidade de enfermagem integra a área da *qualidade dos cuidados de enfermagem – projetos, indicadores e critérios*, identificada como área prioritária da investigação em Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a). O foco dos indicadores deve ser colocado nos aspetos de saúde que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, alicerçando-se em informação proveniente da equipa multidisciplinar de saúde e em informação produzida pelos próprios enfermeiros (PAIVA, 2014). O enfermeiro tem o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, como salientado anteriormente, realizando um exercício de reflexão sistemático sobre as suas práticas. Neste sentido, considerou-se importante a realização de uma revisão sistemática de literatura, desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular Métodos de Investigação I, para identificar a evidência científica existente sobre os indicadores de qualidade de enfermagem em relação ao contexto específico da prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde propõe o modelo *Plan, Do, Study, Act* (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2006) para melhorar os cuidados de saúde às populações, através da reflexão sobre os contextos da prática. A implementação de mudanças só é possível com uma atuação em equipa, respeitando os 4 E's: Envolver, Educar (Formação), Executar, Estimar (Avaliar) (WHO, 2012). Organismos como o Conselho Internacional de Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros, o Departamento da Qualidade na Saúde e a Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde salientam, do mesmo modo, a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Neste

sentido, a existência de um programa de melhoria contínua da qualidade, através da avaliação de indicadores, assume particular relevância.

Assiste-se na população portuguesa a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadãos, com aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde. Assim, todas as atenções estão centradas nos resultados e na utilização adequada dos recursos, pelo que as metodologias de melhoria contínua de qualidade revelam-se uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos (OLIVEIRA et al, 2008). O enfermeiro tem o dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados procurando evidência científica de forma a manter a atualidade das mesmas. Esse processo deve ter subjacente os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002), uma vez que estes norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade (OLIVEIRA et al, 2008).

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). Estes indicadores são considerados os *outputs* que decorrem da ação documentada da prática autónoma dos enfermeiros, definem a intencionalidade da sua ação profissional junto dos cidadãos e salientam a utilidade social da enfermagem (PETRONILHO, 2009). As oportunidades de melhoria da qualidade só podem ser identificadas pela monitorização e avaliação da performance, e esta supõe a existência de indicadores (MEZOMO, 2001) e o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade. Os indicadores medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua prática de cuidados, decorrente da sua tomada de decisão autónoma. Os indicadores deverão contemplar a estrutura (a organização, infraestrutura física, profissionais e utentes), o processo (referente à prestação de cuidados) e os resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde, satisfação) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). Os indicadores de qualidade traduzem a necessidade em cuidados de enfermagem dos cidadãos e medem a capacidade dos enfermeiros em diagnosticar essas mesmas necessidades e avaliar a eficácia das suas intervenções com o

objetivo de produzir resultados desejados (PETRONILHO, 2009). A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem tem de conseguir responder à complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e, muitas vezes, intangibilidade, dos cuidados, além de superar a sua dependência contextual e influência interativa da estrutura, do processo e dos resultados de todo o projeto de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004). Os indicadores devem avaliar os seguintes eixos: Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem-estar e autocuidado, Readaptação funcional e outros indicadores referentes ao indivíduo (função e pessoa); grupo (família e comunidade) e ambiente (natural e artificial), Demora média de internamento e Taxas de: infeção nosocomial, reinternamento, complicações, acidentes, recurso injustificado ao Serviço de Urgência e Satisfação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

A Ordem dos Enfermeiros lança o desafio a todos os enfermeiros para que definam os indicadores de qualidade para os seus contextos, de modo a trazer visibilidade aos cuidados de Enfermagem e compreender a sua influência na saúde das populações. Neste sentido, surge a pertinência de elaborar uma revisão sistemática de literatura para identificar os indicadores de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem no contexto específico da prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI.

Método

Este estudo tem como principal objetivo conhecer os indicadores de qualidade de enfermagem na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI, dando resposta à seguinte questão: Quais são os indicadores de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto internado em Unidade de Cuidados Intensivos?

O friso temporal pesquisado situa-se entre Janeiro 2003 e Janeiro de 2013. Foi utilizado o método PICOS (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009), na formulação da questão de investigação, critérios de inclusão (Quadro 1.), amostra e análise de dados.

Quadro 1. Critérios de inclusão dos estudos pesquisados

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
Participantes	Estudos com enfermeiros prestadores de cuidados em UCI e doentes com idade superior a 18 anos internados em UCI;
Intervenção	Indicadores de qualidade de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI;

Desenho	Estudos de abordagem qualitativa e/ou quantitativa; Estudos empíricos; Estudos em texto integral; Estudos com peer review.
----------------	---

A pesquisa decorreu de Dezembro de 2012 a Janeiro de 2013 através de plataformas de pesquisa e bases de dados on-line e pesquisa manual, utilizando a língua inglesa, com restrição de data de publicação. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: nurs* AND quality assessment (OR quality indicator OR quality indicators OR nursing audit) AND intensive care NOT child, newborn, pediatric, paediatric, infant. Alguns destes termos integram os conceitos MeSH e qualifers e foram progressivamente adicionados, numa lógica de refinamento da pesquisa.

Foi realizada uma avaliação crítica dos artigos atendendo à sua relevância e credibilidade, tendo sido elaborado para cada um deles uma tabela com a identificação do estudo, ano, autores, palavras-chave, objetivo, pergunta de investigação, participantes, tipo de estudo, intervenções e achados.

Resultados

Os resultados da pesquisa são apresentados no Quadro 2. A esses resultados, acrescenta-se ainda a pesquisa eletrónica, sem resultados a mencionar, na *Bibliomed*, *Intelihealth*, *Joanna Briggs Institute*, *Cochrane Database of Systematic Review* e acervo documental da Biblioteca Universitária João Paulo II e Biblioteca da Unidade de Ensino de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Considerou-se ainda a consulta das referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Quadro 2. Resultados da pesquisa eletrónica de fontes

Plataformas/Bases de dados Pesquisadas	Resultados	Estudos Selecionados
EBSCOhost ¹	83	13
PubMed	80	10
SciELO	9	4
LILACS	5	1
b-on	7	1

¹ (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete, NHS Economic Evaluation Database).

Foram identificados por título 29 artigos, dos quais 15 foram rejeitados após leitura do *abstract* e aplicação dos critérios de inclusão. Seguidamente, realizou-se a leitura integral dos artigos remanescentes, sendo excluídos 8. A seleção final foi constituída por 6 estudos (Quadro 3).

Quadro 3. Estudos incluídos na amostra final

Estudos constituintes da amostra final
Souza, S. et al (2006) – Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva (Brasil)
Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D. (2007) – A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar (Brasil)
de Vos, M et al (2007) – Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use (Holanda)
Franco, J. et al (2010) – Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial (Brasil)
Padilha, E.; Matsuda, L. (2011) – Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional (Brasil)
Garcia, P.; Fugulin, F. (2012) – Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis (Brasil).

Resultados

Considerando a data de publicação da seleção final de artigos, verifica-se que a amostra final é constituída por dois artigos no ano de 2007 e um artigo nos anos de 2006, 2010, 2011 e 2012. O Brasil foi o país com maior número de estudos a integrar a seleção final, com 5 estudos, seguido da Holanda com 1 artigo. Dos estudos selecionados 4 são de natureza qualitativa (paradigma dedutivo), 1 de natureza qualitativa (paradigma indutivo) e um considerado uma mistura das duas abordagens, não clarificado pelos autores. Todos os estudos selecionados (Apêndice I) apresentam indicadores de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto internado em UCI, respondendo à questão de investigação proposta nesta revisão.

Atendendo à classificação *Levels of Evidence* do *Joanna Briggs Institute* (2008), a eficácia/efetividade de terapêuticas da amostra final é: 5 dos estudos situam-se no nível IV da classificação, descrevem o fenómeno em estudo através de peritos na área. O estudo de Garcia e Fugulin (2012) situa-se no nível III, sendo um estudo correlacional. O estudo qualitativo da seleção final foi submetido à tipologia de achados qualitativos de Sandelowski e Barroso (2003), a qual ordena em cinco níveis as evidências de um estudo, de acordo com o nível de abstração analítica e de transformação interpretativa dos dados. O estudo de Souza et al (2006) aparenta situar-se no nível “levantamento

temático” (3º nível de transformação), atendendo que os seus achados são importantes pois trata-se de um novo domínio de investigação, no entanto a sua dimensão descritiva, revela pouca profundidade interpretativa e abstração analítica.

Após a análise dos resultados (*outcomes*) dos estudos da seleção final atinge-se um conjunto de 30 indicadores que possibilitam a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente adulto internado em UCI (Esquema 1). Estes estão organizados com a nomenclatura de indicador de qualidade de estrutura, processo ou resultado.

Esquema 1. Indicadores de qualidade de enfermagem na prestação de cuidados ao adulto internado em UCI

Estrutura	Processo	Resultado
Horas de Enfermeiro e/ou auxiliares de Enfermagem em Cuidado intensivo (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007) Cálculo do rácio de doentes por enfermeiro (medido 3x dia - manhã, tarde e noite) (de Vos et al, 2007) Presença de estratégia/protocolo de prevenção de erros terapêuticos (de Vos, 2007) Presença de instrumento de avaliação da satisfação do doente/família (de Vos et al, 2007) Presença de sistema de classificação de doentes (Franco et al, 2008) Presença de campanha junto ao doente (Padilha e Matsuda, 2011) Presença de objetos limpos acumulados na box do doente (Padilha e Matsuda, 2011) Presença de objetos com sujidades acumulados na box do doente (Padilha e Matsuda, 2011) Presença de objetos limpos observados em excesso (Padilha e Matsuda, 2011) Presença de excesso de materiais nas caixas de apoio presentes nas boxes (Padilha e Matsuda, 2011)	Utilização correta dos equipamentos (Padilha e Matsuda, 2011) Índice de troca dos equipos [sistemas] de microgotas a cada 72 horas (Padilha e Matsuda, 2011) Índice de identificação correta dos equipos [sistemas] de soro/medicações (Padilha e Matsuda, 2011) Índice de identificação completa e correta do soro/medicações instalados (Padilha e Matsuda, 2011) Índice de identificação das punções venosas periféricas realizadas (Padilha e Matsuda, 2011) Índice de troca das punções venosas periféricas a cada 72 horas (Padilha e Matsuda, 2011)	Taxa de efetividade de conforto/higiene alterado - presença de: barulho de pessoas e aparelhos, dificuldade em dormir, ambiente frio e excesso de iluminação, presença de tubos e sondas, banho e eliminação no leito e dor (Souza et al, 2006), não apartamento das unhas dos pés e mãos; não realização de tricotomia facial e posicionamento do paciente na cama incorreto (Padilha e Matsuda, 2011) Taxa de efetividade da presença de stress/tensão - pordistância da família, ambiente isolado (Souza et al, 2006) Taxa de efetividade da presença de dor (Souza et al, 2006) Taxa de incidência de queda do paciente (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007) Taxa de incidência de extubação acidental/não planeada (Mota et al, 2007; de Vos et al, 2007; Garcia e Fugulin, 2012) Taxa de incidência de perda de sonda naso/orogástrica (Mota et al, 2007; Garcia e Fugulin, 2012) Taxa de incidência de perda de catéter venoso central (Garcia e Fugulin, 2012) Taxa de incidência de úlcera de pressão/lesão da pele (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007; de Vos et al, 2007; Franco et al, 2008; Garcia e Fugulin, 2012) Taxa de incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007) Taxa de incidência de flebite (Mota et al, 2007) Índice de satisfação dos pacientes (Franco et al, 2008) Índice de falhas técnicas de enfermagem (Franco et al, 2008) Índice de eventos adversos graves (Franco et al, 2008) Índice de falhas de anotação de enfermagem (Franco et al, 2008)

Emergem da amostra final, um total de 10 indicadores de qualidade de estrutura da UCI. Estes reportam-se às condições/características no domínio da organização da UCI, infraestrutura física, profissionais e utentes que a compõem. Nestes indicadores deveriam ainda constar os instrumentos, equipamentos, protocolos, normas e recursos necessários para a avaliação de todos os indicadores de processo e resultado.

São propostos 6 indicadores de qualidade de processo no estudo de Padilha e Matsuda (2011). Estes referem-se à organização dos cuidados de enfermagem e pressupõe uma estruturação clara pela equipa de enfermeiros da UCI, quanto ao protocolo de substituição dos sistemas de soro/microgota, substituição dos cateteres venosos periféricos, identificação da terapêutica administrada e utilização correta dos equipamentos.

Surgem 14 indicadores de qualidade de resultados, estes são em maior número que os restantes, confirmando a necessidade de avaliar os resultados efetivos dos cuidados de enfermagem e traduzindo os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Verifica-se que todos os estudos da amostra final contribuíram com indicadores para esta categoria. Os indicadores *Taxa de incidência de extubação acidental/não planeada* e *Taxa de incidência de úlcera de pressão/lesão da pele* foram propostos por 3 estudos evidenciando a sua relevância para o cuidado ao doente intensivo. Os indicadores *Taxa de incidência de perda de sonda naso/orogástrica* e *Taxa de efetividade de conforto/higiene alterado* são referenciados em dois estudos. Este último reporta-se à multidimensionalidade inerente ao conceito de conforto e higiene, sugerindo-se uma abordagem específica para cada um deles para facilitar a sua clarificação e, conseqüentemente, itens de avaliação. Importa salientar a integração do indicador de qualidade subjetivo referente ao stress e tensão gerado pelo afastamento da família e ambiente isolado da UCI (SOUZA et al, 2006). Surgem ainda como indicadores, evidenciados isoladamente, neste domínio a *Taxa de efetividade da presença de dor*, *Taxa de incidência de queda do paciente*, *Taxa de incidência de perda de cateter venoso central*, *Taxa de incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem*, *Taxa de incidência de flebite*, *Índice de satisfação dos pacientes*, *Índice de falhas técnicas de enfermagem*, *Índice de eventos adversos graves* e o *Índice de falhas de anotação de enfermagem*. Os indicadores evidenciados anteriormente constituem-se também como relevantes na prática de cuidados de enfermagem ao doente intensivo, relacionados com a segurança do doente e gestão de risco.

Os 30 indicadores que emergiram enquadram-se nos eixos da Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem-estar e autocuidado, Readaptação funcional, satisfação, indicadores referentes ao indivíduo (função e pessoa); grupo (família e comunidade) e ambiente (natural e artificial), taxas de complicações e acidentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004). Constatase que os indicadores de qualidade

na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente adulto internado em UCI devem ser identificados e avaliados, de modo a possibilitar a implementação de ações de melhoria, facto reconhecido pelos próprios enfermeiros prestadores de cuidados (FRANCO et al, 2010). O estudo de Garcia e Fugulin (2012) evidencia ainda que a incidência de extubação acidental diminui à medida que aumentam as horas de assistência de Enfermagem despendidas por enfermeiros, possibilitando uma correlação entre os indicadores de qualidade.

Considerações finais

Foram identificados neste estudo 30 indicadores de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente adulto internado em UCI: 10 de estrutura, 6 de processo e 14 de resultado. Os indicadores que emergiram deste processo de investigação devem ser entendidos como um ponto de partida para uma reflexão específica para cada contexto de cuidados de enfermagem. Um indicador que não contribua para a melhoria da qualidade deve ser descartado, por outro mais relevante (de VOS et al, 2007). Sugere-se, a necessidade de realizar uma clarificação de cada conceito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no sentido de identificar a especificidade de cada indicador e consequentemente, a sua forma de avaliação, possibilitando a comparação de resultados. A realização de mais investigação nesta área é uma necessidade, no sentido de clarificar os indicadores de qualidade específicos, operacionalizá-los e consequentemente, possibilitar a divulgação dos ganhos em saúde da população portuguesa com os cuidados de enfermagem, não apenas no atendimento ao doente intensivo, mas em todas as áreas da prestação de cuidados de enfermagem.

Os indicadores de qualidade devem ser adequados ao contexto específico dos cuidados de enfermagem e como, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) é necessário envolver os intervenientes da prestação de cuidados para poder implementar um programa de melhoria contínua da qualidade. Este tipo de indicadores pressupõe a existência na UCI de instrumentos, estratégias e protocolos que permitam a sua implementação e monitorização. Se não existirem essas condições, será necessário criar primeiro esses instrumentos e depois proceder à sua avaliação, só possível com o envolvimento de todos os profissionais, como referido anteriormente.

A realização desta revisão sistemática da literatura apresentou limitações. Apesar da pertinência do tema, o número de artigos foi reduzido, não correspondendo às expectativas iniciais, considerando evidente a necessidade de investigação neste domínio.

Não foi colocado o limitador de pesquisa de *fulltext* na pesquisa nas bases de dados mas após a seleção do artigo pelo título foi possível recuperar todos os artigos necessários. A pesquisa efetuada apresenta limitação de linguagem, na medida que só foram selecionados artigos anexados às bases de dados em Inglês, Espanhol, Francês e Português. Apesar de um dos estudos não ter classificado o método utilizado, optou-se pela sua inclusão na amostra final, devido à pertinência dos seus achados. Foi também integrado na amostra final um artigo que continha uma comissão de peritos com enfermeiros e outros profissionais, apesar desta revisão sistemática ser exclusiva para a produção de indicadores de enfermagem, pois todos os elementos da comissão tinham prática na assistência ao doente intensivo. No entanto, no artigo em questão, foram apenas considerados para a discussão, os indicadores de qualidade referentes aos cuidados de enfermagem.

Num momento considerado crítico para a enfermagem portuguesa, a produção de indicadores de qualidade deve ser um imperativo, no sentido de evidenciar a dimensão autónoma dos cuidados e os recursos necessários para a garantia de uma prestação de cuidados segura, de qualidade e que responda às necessidades de todos os intervenientes no processo de cuidados.

Como forma de divulgar a revisão sistemática da literatura efetuada a audiências especializadas foi criado o póster Nursing quality indicators for intensive care patient: literature review, apresentado nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem UCP-ICS Lisboa e vencedor do prémio de melhor póster (Apêndice II, Anexo I). Foi elaborado um artigo de investigação sobre esta revisão para a revista Pensar Enfermagem estando o mesmo a aguardar avaliação para publicação.

2. DESCRIÇÃO ANALÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO E PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A realização do estágio é uma etapa essencial para que o enfermeiro especialista, através da prática clínica, desenvolva conhecimentos e adquira competências especializadas numa área específica de cuidados, neste caso, cuidados à pessoa em situação crítica. Neste sentido, foi definido para o estágio o seguinte objetivo geral: ***Desenvolver competências científicas, éticas, relacionais e técnicas na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.*** Este capítulo é constituído pela descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do módulo I e II do estágio e pela identificação das competências especializadas adquiridas ao longo do mesmo. Após avaliação do relatório de experiência profissional, como enfermeira perioperatória, foi concedida a creditação do módulo III do estágio onde o formando tem o direito de opção por uma das seguintes áreas: Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Enfermagem Geriátrica, Controlo de Infecção Hospitalar e Enfermagem no Perioperatório.

A escolha do HGO para realização do Estágio prende-se com o facto de este ter uma cultura organizacional de procura contínua da melhoria da qualidade assistencial à população. O HGO é uma instituição acreditada pelo CHKS, um dos organismos internacionais mais prestigiado no domínio da acreditação de organizações de saúde. Segundo a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente do HGO este é considerado o primeiro hospital de referência a Sul do Tejo reconhecido internacionalmente pelas suas práticas de excelência e assumindo o compromisso de continuar a apostar e a desenvolver a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos seus doentes e familiares” (HOSPITAL DO FUTURO, 2014). Proporcionando experiências, na prática clínica dos cuidados de enfermagem, promotoras do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA – MÓDULO I

O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral, do Hospital Garcia de Orta, de 22 de Abril a 22 de Junho de 2013. Este serviço é classificado como Serviço de Urgência Polivalente (DESPACHO N.º 727/2007; DESPACHO N.º 5414/2008) e correspondendo ao nível mais diferenciado de resposta a situação de urgência/emergência. Tem a responsabilidade assistencial direta aos habitantes dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra (cerca de 400 mil habitantes) e responsabilidade complementar da população proveniente dos hospitais da Península de Setúbal, em situação do doente neurocirúrgico e trauma grave (790 mil habitantes). O SUG do HGO tem como missão “(...) servir a comunidade, através do atendimento, orientação terapêutica e tratamento a doentes urgentes e emergentes; colaborar nos Planos de Contingência Sanitários; Responder pronta e atempadamente na área da Proteção Civil” (HGO, 2013a). Deste modo, o SUG possibilita o tratamento em situações de urgência (situações de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais) e emergência (situações de estabelecimento súbito ou eminente, ou compromisso de uma ou mais funções vitais). Este é constituído por uma área de ambulatório (piso1) e uma de internamento (piso 2). A zona de ambulatório é composta pela sala de reanimação, triagem (2 gabinetes), salas de atendimento médico, cirúrgico e de outras especialidades clínicas (medicina interna, neurologia, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, endocrinologia, psiquiatria, dermatologia, cirurgia, ortopedia/trauma, neurocirurgia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia e oftalmologia). A área de internamento possui: uma Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos (UCDI), uma Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico (UIMC) e uma Unidade Médica de Internamento de Curta Duração (UMICD). Para esclarecer e orientar os familiares existe um Gabinete de Informações e Acompanhamento (GIA) que funciona 24h, com a presença de um profissional de enfermagem e um assistente técnico. Preconiza-se que o serviço de urgência seja um local onde após a estabilização da situação clínica do doente, este possa ser transferido, o mais precocemente possível, para o domicílio ou para o internamento. O SUG do HGO teve mais de 120 mil admissões em 2013 e devido ao seu elevado fluxo de doentes pode ocorrer situações de *overcrowing* por indisponibilidade de vagas nos serviços de internamento.

A equipa de enfermagem do SUG é composta por 92 enfermeiros na prestação direta de cuidados, distribuídos por cinco equipas de *roulement*. Cada equipa tem designado um

chefe de equipa e um segundo elemento que assumem as funções de coordenação e de chefia do serviço (turno da tarde e noite). A equipa de enfermagem do SUG é coordenada pelo enfermeiro chefe do serviço e três enfermeiros de apoio, que desempenham funções em horário fixo.

No sentido de complementar a caracterização do SUG elaborou-se uma análise SWOT a este contexto de estágio (Apêndice III). Na análise SWOT “(...) examinamos, conjuntamente, dimensões internas à empresa (as forças e as fraquezas), bem como dimensões externas (as oportunidades e as ameaças)” (FERREIRA et al, 2008, p.172). Através desta ferramenta da área da gestão é possível identificar todos os aspetos relevantes para a implementação de um projeto, produto ou análise de mercado, “(...) tanto as situações macro-ambientais (demográficos, económicos, tecnológicos, político-legais, sócio-culturais), quanto os factores micro-ambientais (usuários, pontos de atenção, recursos materiais e humanos) que afectam directamente as acções empreendidas) (...) eliminar os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identificam oportunidades e aguardar a mudança” (SILVA, 2010, p.6).

Na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista é aquele que “(...) possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b, p.2). Atendendo à vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, a prestação de cuidados de enfermagem especializados no SUG reveste-se de particular relevância.

Antes do início do estágio no SUG do HGO foi realizada uma reunião com o enfermeiro chefe para apresentação do Guia de Estágio (UCP:ICS, 2013), definição da carga horária a realizar e temática a desenvolver, assim como a identificação da enfermeira orientadora do percurso de estágio no SUG (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Foram definidos, para o módulo I, integrados no Projeto de Estágio para o SUG, os seguintes objetivos específicos: **1. Prestar cuidados específicos à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou**

falência multiorgânica (sala de triagem, sala de reanimação, balcão de cirurgia e de medicina, GIA); 2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da definição dos indicadores de qualidade de enfermagem no Serviço de Urgência Geral (ambulatório) do Hospital Garcia de Orta. Seguidamente serão analisadas as atividades desenvolvidas e as competências especializadas que foram adquiridas em cada objetivo, demonstrando uma prática de cuidados especializados baseada na evidência e orientada para a pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica no SUG.

- ***Prestar cuidados específicos à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica (sala de triagem, sala de reanimação, balcão de cirurgia e de medicina, GIA)***

Nos primeiros turnos desempenhados no SUG foram prestados cuidados pelas várias áreas que o compõem (ambulatório e internamento), possibilitando desse modo, um primeiro contato com o serviço, a identificação das suas particularidades, as funções dos vários enfermeiros e membros da equipa multiprofissional de saúde e a identificação do circuito do doente e seus familiares no SUG. Realizei a pesquisa nos documentos orientadores do serviço para identificar a estrutura do SUG (organograma funcional, missão), assim como das funções específicas do enfermeiro (normas de atuação do profissional de enfermagem com destaque para as funções do enfermeiro prestador de cuidados especializados; funções do enfermeiro de informações; funções do enfermeiro responsável de equipa e o Guia de integração dos enfermeiros no Serviço de Urgência). O campo da prestação de cuidados no SUG assume-se como desafiador para o enfermeiro, pois é um contexto de cuidados dinâmico, com grande fluxo de pessoas e diversidade de problemas e complicações, onde o enfermeiro cuida inserido numa equipa multiprofissional e multidisciplinar. Os doentes no SUG “(...) são tendencialmente mais exigentes, pois geralmente deparam-se com a doença de modo súbito o que os deixa numa posição mais ansiosa, fragilizada e mais vulneráveis ao contacto e à menos tolerância ao outro” (MENDONÇA, 2011, p.21). Deste modo, o enfermeiro deverá ter presente que o doente tem os seus níveis de *stress* e ansiedade elevados, como resposta a fatores inerentes ao próprio ambiente e à sua condição de saúde.

Após realizar a admissão no secretariado o primeiro contacto do doente com SUG é na triagem, à exceção do doente emergente que segue para a sala de reanimação. A sala

de triagem correspondeu ao primeiro local da minha primeira experiência clínica no SUG. Neste serviço está em vigor o Sistema de Triagem de Manchester, criado para responder à necessidade de atender rapidamente todos os doentes que recorrem ao SUG, diferenciando, após realizada a primeira avaliação do seu estado na triagem, aqueles que necessitam de cuidados médicos imediatos, daqueles que podem esperar para posterior observação e tratamento, estabelecendo-se assim, prioridades no atendimento e mantendo um fluxo de doentes organizado de acordo com a prioridade de tratamento (GANLEY e GLOSTER, 2011). Durante a prestação de cuidados na sala de triagem foram aprofundadas competências especializadas sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, uma vez que é necessário que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde da pessoa e defina a sua prioridade de atendimento (emergente (vermelho); urgente (laranja) ou urgente (amarelo); pouco urgente (verde) ou não urgente (azul). Para poderem prestar cuidados na triagem os enfermeiros do SUG têm de cumprir alguns requisitos, nomeadamente: deter no mínimo dois anos de experiência no SUG; ter realizado o curso específico sobre a Triagem de Manchester; e, na maioria das vezes, ser enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica. Estes critérios são justificados pela complexidade da decisão que o enfermeiro de triagem tem de tomar num intervalo de tempo limitado, gerindo a informação que o doente, familiares ou técnicos de saúde fornecem, identificando o problema que o fez recorrer ao SUG, e os seus antecedentes de saúde e sintomas atuais; realizando ao mesmo tempo observação clínica: aparência geral do doente, via aérea, respiração, circulação, limitações, fatores ambientais e interligar os antecedentes de saúde do doente com o problema atual (GANLEY e GLOSTER, 2011). Esta tomada de decisão deverá ser realizada por um enfermeiro com conhecimento específico sobre as necessidades particulares dos doentes do serviço de urgência, assim como de doenças e sintomas (GANLEY e GLOSTER, 2011). Através da sua experiência profissional e corpo de conhecimentos, o enfermeiro na sala de triagem assume um papel fundamental na deteção precoce de situações que os doentes/familiares têm dificuldade em descrever.

No Balcão de Cirurgia e de Medicina a intervenção foi direcionada para o alívio da dor e promoção do conforto do doente. Foram também desenvolvidas competências técnicas (preparação de inaloterapia, administração de terapêutica e preparação de analgesia complexa (Patient Control Analgesy), realização de pensos, cateterização venosa, entubação nasogástrica,...). Os registos de enfermagem foram realizados no

sistema informático ALERT. Este sistema de informação, presente na área de ambulatório, assume particular relevância na medida que apresenta de forma rápida e objetiva, o perfil de todos os doentes que se encontram no serviço, identificando a sua prioridade de atendimento, o tempo de permanência no SUG, a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e de administração terapêutica ou de outros procedimentos de enfermagem. Possibilita assim o planeamento da intervenção de enfermagem, o seu registo pelo enfermeiro e o encaminhamento adequado do doente. Por outro lado, também desperta o enfermeiro para situações em que se está a prolongar o tempo de espera daquele doente no SUG, entrando em contato com a equipa multiprofissional de saúde para identificar o problema e explicar ao doente e família a razão da espera. Considero que através da prática clínica descrita anteriormente foram desenvolvidas as seguintes competências especializadas: *gestão e interpretação, de forma adequada, de informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral; produção de um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da minha especialização; desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura; demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização.*

Foram aprofundadas competências especializadas de enfermagem no atendimento ao doente crítico na sala de reanimação. Esta foi subdividida para responder a duas situações emergentes em simultâneo, respondendo às necessidades do serviço. Na práxis clínica na sala de reanimação presenciei uma multiplicidade de situações (doente em choque anafilático, EAM, flutter, paragem cardiorrespiratória, taquicardia supraventricular, intoxicação medicamentosa, EAP, doente vítima de trauma, ...) e atuei de forma coordenada com a equipa multiprofissional de saúde, cujo foco de atenção está no doente em estado crítico. Assim, preparei terapêutica, auxiliei em

situações de entubação orotraqueal e ventilação do doente, executei suporte avançado de vida, cateterização de acesso venoso, realizei transporte intra-hospitalar do doente e sua transferência (sala de hemodinâmica, imagiologia, BO, UCI, internamento na urgência). Para responder adequadamente a estas situações foi importante a atualização de conhecimentos, através da pesquisa de evidência científica; desenvolvimento de processo de análise com a enfermeira orientadora da resposta à situação emergente e esclarecimento de dúvidas com ela e com outros profissionais do SUG. *A reflexão na e sobre a sua prática profissional e o utilização de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família* deve acompanhar sempre a prática do enfermeiro na área de EEMC. Do mesmo modo, ocorreu o desenvolvimento de competências de decisão clínica através da: identificação das necessidades do doente no momento de admissão na sala de reanimação; estabelecimento de prioridades e atuando, com o objetivo de estabilizar o doente e responder às prioridades identificadas e prevenir complicações. Considero que *demostrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas*. Para a sala de reanimação estavam destacados dois enfermeiros e a estes juntava-se sempre o enfermeiro chefe de equipa, assumindo um papel na prestação direta de cuidados, mas também de supervisão, principalmente quando se encontravam enfermeiros com pouca experiência profissional no SUG. Após a situação de reanimação o enfermeiro chefe de equipa é responsável por repor a sala, deixando-a apta a acolher novos doentes.

Durante o estágio no SUG foram prestados cuidados no GIA, gabinete criado para esclarecer as dúvidas e questões dos acompanhantes dos doentes do SUG. No turno da manhã e da tarde existe um enfermeiro destacado exclusivamente para esse posto, no turno da noite essas funções são asseguradas pelo enfermeiro chefe de equipa. O enfermeiro de GIA tem a função de acolher os familiares dos doentes do SUG, identificar as necessidades dos familiares, executar intervenções que vão ao encontro das necessidades identificadas (informar, explicar, apoiar e encaminhar) e avaliar os resultados obtidos (HGO, 2008). Este é um elo de ligação entre a equipa de enfermagem e multiprofissional, promovendo de forma ativa a articulação com médico, assistente social, doente e seus familiares. Por um lado possibilita a: identificação de situações de exaustão do prestador de cuidados; deteção precoce de doentes com necessidades de ordem social e; seleção da resposta mais adequada para determinada situação ao nível dos cuidados continuados, em articulação com a equipa multiprofissional. A referência

para os cuidados continuados é uma resposta para os doentes que já têm solucionado o seu problema médico, mas que permanecem no SUG enquanto aguardam resolução da sua situação social. É o enfermeiro de GIA o responsável por realizar a avaliação de enfermagem para a referência do doente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Até 2009, as visitas no SUG não se encontravam legisladas, dependiam da “boa vontade” dos profissionais e das normas organizacionais existentes. Com a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho de 2009 é reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada (ARTIGO 1º e 2º, LEI N.º33/2009). Neste sentido, cada doente tem direito a um acompanhante identificado através da atribuição de uma pulseira, pretendendo-se que esse acompanhante seja o mediador e veículo de transmissão de informação para os restantes familiares e amigos. Este documento acrescenta ainda, no seu Artigo 4º, que “o acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, com as exceções seguintes: a) Indicação expressa em contrário do doente; b) Matéria reservada por segredo clínico.”. Com a existência desta lei, o SUG sofreu algumas alterações estruturais, organizacionais e funcionais para permitir aos doentes o direito de acompanhamento e respeito pela sua privacidade, sem existir uma quebra na atividade assistencial. Atendendo ao Artigo 89.º, da humanização dos cuidados, presente no Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.141) Estes dois deveres estão, de acordo com a minha opinião, implícitos quando o enfermeiro presta os cuidados de enfermagem ao doente e quando referencia, acompanha e disponibiliza informações aos familiares. Deste modo, o enfermeiro é o profissional mais habilitado para responder aos pedidos de informação dos familiares dos doentes e de acordo com o Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, Do dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os

recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.109). O enfermeiro de GIA primeiro vai ao encontro da pessoa que pretende ser informada e identifica as suas necessidades específicas de informação, depois consulta o processo informático do doente (ALERT e SAPE), ficando a conhecer a sua situação de saúde, as intervenções realizadas e o plano terapêutico, e deste modo informa o familiar, interligando o conhecimento de toda a equipa multiprofissional prestadora de cuidados àquele doente específico. No GIA disponibilizei informações aos familiares, desenvolvi técnicas comunicacionais para clarificar a necessidade de informação daquela pessoa, assim como para ajudar o familiar a consciencializar-se da situação do doente, quando o seu prognóstico é menos favorável. Considero que desenvolvi competências em EEMC uma vez que o enfermeiro especialista estabelece o seu juízo profissional baseado no conhecimento e experiência, operacionalizado através da sua tomada de decisão, demonstrando conhecimentos aprofundados em: técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica; estratégias facilitadoras da comunicação em pessoas com barreiras à comunicação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c) e respeitando na relação terapêutica com o doente/família as suas crenças e cultura. Do mesmo modo, o enfermeiro especialista é aquele com competências para: adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica; promover o respeito pelos direitos dos clientes no acesso à informação, na equipa de enfermagem onde está inserido; promover a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c).

Além da componente direta de prestação de cuidados, o enfermeiro especialista em EEMC tem de desenvolver competências de gestão e liderança. Deste modo, foi acompanhado o exercício da enfermeira orientadora como chefe de equipa, possibilitando a identificação de como o enfermeiro especialista assume particular relevância enquanto líder de mudança, de gestor dos recursos humanos e materiais, formador e consultor, respondendo à imprevisibilidade do SUG. Foi presenciado o seu processo de liderança, de resolução de conflitos e capacidade de otimização do processo de cuidados e tomada de decisão face a situações complexas. Identifiquei a importância do enfermeiro especialista na gestão e organização, quer dos elementos da equipa de enfermagem, como de outros profissionais da equipa de saúde, de modo a prestar um cuidado de qualidade e adequado às necessidades do SUG naquele

momento. Esta é uma função do enfermeiro especialista de particular relevância, pois devido ao seu corpo de conhecimentos, pensamento crítico, capacidade de decisão, identificação de prioridades e capacidade de antecipação das necessidades dos doentes, consegue gerir os recursos de modo a responder às necessidades atuais. O diálogo frequente entre os elementos da equipa e os enfermeiros especialistas e chefe de equipa, possibilitam a este último um conhecimento da realidade do serviço naquele momento, fator determinante para o planeamento e gestão dos recursos, e promovendo a adoção de medidas apropriadas, através de uma conduta preventiva e muitas vezes antecipatória, por exemplo, através da mobilização de profissionais para as áreas com maior fluxo de doentes nesse momento, ou maior necessidade de cuidados de enfermagem, de modo a rentabilizar o tempo da prestação de cuidados. No desempenho destas atividades, o enfermeiro especialista detém competências no domínio da comunicação (negociação, clarificação, por exemplo) para conseguir resolver conflitos, fazer cumprir as suas decisões e consciencializar os elementos da equipa para práticas mais seguras e fundamentadas, lidando com pessoas com diferentes características pessoais e de diferentes classes profissionais. O enfermeiro chefe de equipa desempenha um papel de consultor, quando os restantes elementos da equipa recorrem à sua experiência para resolver problemas, desenvolvendo processos de tomada de decisão conjunta, contribuindo para a procura de novas soluções, implementando o processo reflexivo na equipa e partilhando o resultado da sua experiência profissional. Enquanto enfermeira chefe de equipa teve a oportunidade de realizar a gestão do material: fazendo pedidos à farmácia quando faltava algum fármaco; pedindo a reposição de balas de oxigénio, aferindo o *stock* necessário face às necessidades dos doentes do SUG; enviar material para a central de esterilização e aferir número de ambus e estado dos desfibriladores no serviço; enviar material para reparação sempre que necessário; notificar a restante equipa da falta de determinados materiais de consumo clínico e entrar em contacto com outros serviços sempre que necessário a realização de empréstimo de material. Outras vezes, o enfermeiro especialista identifica situações onde o tempo de permanência no SUG a aguardar decisão terapêutica já é prolongado, alertando a equipa médica para essa situação, assumindo uma função de mediador, identificando a solução mais adequada para o doente. *A reflexão na e sobre a sua prática profissional e o utilização de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família* deve acompanhar sempre a prática do enfermeiro especialista em EEMC, destaco uma

situação de intoxicação por organofosforatos, que ocorreu no estágio enquanto enfermeira chefe de equipa. O organofosforato é um potente inseticida agrícola que coloca em risco o doente e todos os que o contactam, pois devido à natureza química dos seus compostos, existe uma rápida absorção dos mesmos por qualquer das vias de transmissão (aérea, cutânea, gastrointestinal). Anualmente, por todo o mundo cerca de 3 milhões de pessoas são expostas a organofosforatos e destas 300 000 acabam por falecer (UP TO DATE, 2012). Ao ser questionada sobre a existência da succilcolina, um curarizante, que conhecia pela experiência como enfermeira perioperatória, mas que era desconhecido da orientadora. Informei-a do tipo de fármaco e o seu mecanismo de ação próprio para entubações de sequência rápida. A orientadora explicou-me os efeitos esperados no doente aquando da intoxicação com organofosforatos e ambas ficamos com dúvidas sobre se a utilização da succilcolina, seria indicada para esta situação. O doente foi curarizado com atracúrio e não com succilcolina, porque este fármaco não estava disponível nas instalações do SUG e a decisão de entubação foi urgente. O HGO tem ao dispor dos profissionais de saúde uma base de evidência científica denominada UpToDate®, combinando o conhecimento clínico mais recente com tecnologia de ponta. Nesse sentido realizei a pesquisa de evidência científica e constatei que a succinilcolina deve ser evitada em situações de intoxicação com organofosforatos pois ao ser um relaxante muscular despolarizante das fibras musculares esqueléticas não repolarizante mantém bloqueados os recetores nicotínicos que já estão bloqueados pelo acumular de acetilcolina, prolongando o seu efeito (UP TO DATE, 2012). Partilhei, posteriormente com a enfermeira orientadora, este conhecimento num processo de reflexão, que integrou o portefólio digital do estágio e foi divulgado à respetiva equipa de enfermagem. Esta situação exigiu uma atuação rápida, sendo necessário levar o doente para uma unidade de isolamento para realizar a respetiva descontaminação e dos profissionais. Foram utilizadas pela enfermeira orientadora, nesta situação, competências específicas da sua formação e experiência profissional antecipando as necessidades do doente, apoiando a enfermeira responsável pelos cuidados e mediando o diálogo com a equipa médica. No fim da situação, a minha orientadora, como enfermeira chefe de equipa, procurou identificar a razão para esta situação não ter sido referenciada mais cedo, podendo, deste modo, ajudar a identificar falhas e medidas a implementadas para prevenir situações semelhantes e identificando a necessidade de formação específica da equipa multidisciplinar. Considero que através

desta experiência aprofundei as competências específicas de: *avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, na sua área de especialização; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família na sua área de especialização; exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na sua área de especialização; de liderança de equipas de prestação de cuidados na sua área de especialização; na iniciação e interpretação de problemas e sua resolução; zelando pelos cuidados prestados na sua área de especialização; promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; gerindo os cuidados na sua área de especialização; refletindo na e sobre a sua prática, de forma crítica; colaborando na integração de novos profissionais.*

- ***Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da definição dos indicadores de qualidade de enfermagem no Serviço de Urgência Geral (ambulatório) do Hospital Garcia de Orta.***

O interesse de trabalhar a temática dos indicadores de qualidade de enfermagem no SUG deveu-se a esta ser atual e relevante para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e de ter aprofundado alguns conhecimentos neste domínio específico dos indicadores de qualidade ao longo da minha experiência profissional e formativa. Assim, após reunião com o Enfermeiro chefe do serviço e enfermeira orientadora constituiu-se um dos objetivos específicos do estágio, surgindo a necessidade de elaborar uma revisão sistemática de literatura para identificar os indicadores de qualidade de enfermagem no contexto específico da prestação de cuidados ao doente adulto no SUG (Apêndice IV). Destaca-se de seguida três competências presentes no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista para o Domínio da melhoria da qualidade e que justificam o desenvolvimento deste projeto no estágio de EEMC: “a) *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das*

iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b, p.3). Foram ainda identificadas as seguintes unidades de competência *inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria.* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b). Foi definido o seguinte objetivo para a revisão: Conhecer os indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados ao doente adulto no Serviço de Urgência. Da análise crítica dos artigos resultam um total de 28 indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência (Apêndice IV).

Realizou-se no dia 3 de Junho uma reunião com o enfermeiro chefe com o objetivo principal de apresentar os indicadores de qualidade para os cuidados de enfermagem do SUG (ambulatório). Após a análise dos diversos indicadores resultantes do processo de revisão, atendendo às necessidades do serviço, decidiu-se que seria importante desenvolver o indicador de qualidade: ***incidência de úlceras de pressão no SUG.*** (Apêndice V) sendo definidos para isso os seguintes objetivos:

- Planear as atividades necessárias para a implementação da monitorização do indicador de qualidade de enfermagem:
 - o Definir os critérios e estratégias de realização;
 - o Criar os instrumentos de registo;
- Consolidar os conhecimentos teóricos sobre a temática em estudo;
 - o Realizar momentos de formação à equipa de enfermagem sobre a necessidade de avaliar este indicador de qualidade e operacionalização do instrumento de registo;
- Divulgar e monitorizar o projeto:
 - o Realizar sessões de formação à equipa de Enfermagem e chefia sobre os resultados da monitorização do indicador para follow-up do projeto.
 - o Identificar necessidades e metas de melhoria dos cuidados de enfermagem.

A úlcera de pressão de acordo com a definição internacional do EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)/NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) é

uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EPUAP/NPUAP, 2009). Saliento a definição de úlcera de pressão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), operacionalizada no HGO através da aplicação informática SAPE, definida como “úlceras: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (ICN, 2011). Segundo o Sistema de classificação das úlceras de pressão NPUAP/EPUAP estas podem ser divididas em quatro categorias: Categoria I – eritema não branqueável em pele intacta; Categoria II – perda parcial da espessura da pele ou flictena; Categoria III – Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível); Categoria IV – Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis). As UP podem ocorrer em todos os níveis de cuidados em situações de mobilidade e atividade diminuídas. São consideradas um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, tendo vindo a merecer destaque económico e político devido aos seus encargos financeiros e ao défice de qualidade de vida por eles criado (FERREIRA et al, 2007). A existência de uma úlcera de pressão implica um processo marcado pela dor, desconforto físico, psicológico e com impacto emocional para o doente e sua família (PEREIRA e SOARES, 2012). Neste sentido, existem custos intangíveis associados a sentimentos de angústia, preocupação, revolta, injustiça, depressão e cansaço, os quais concorrem para a existência de sofrimento (PEREIRA e SOARES, 2012). A úlcera de pressão é um foco de atenção da prática de enfermagem e é reconhecida como um dos indicadores suscetíveis de indicar ganhos em saúde obtidos a partir das intervenções autónomas dos enfermeiros (PEREIRA e SOARES, 2012). O mesmo foi identificado após a revisão bibliográfica efetuada, onde o indicador: Taxa de incidência de úlcera de pressão adquirida no serviço de urgência; se assume como um indicador de qualidade da prática de cuidados de enfermagem no contexto específico do serviço de urgência. A obtenção de bons resultados para este indicador provém da melhoria da qualidade dos cuidados através da criação de um sistema que aposte na formação dos profissionais, na inovação tecnológica, na melhoria dos procedimentos e na disponibilização de meios, não esquecendo, contudo, a monitorização frequente da sua efetividade (PINA et al, 2010). As oportunidades de melhoria da qualidade pressupõem o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo. Neste sentido, o envolvimento de enfermeiros especialistas e enfermeiros com funções de chefia (enfermeiro chefe do SUG, enfermeiros chefes de equipa e enfermeiro responsável pela formação) pode ser uma

mais-valia para a criação do clima organizacional necessário ao desenvolvimento de competências autónomas de enfermagem e à avaliação da qualidade desses cuidados. Assim sendo, será possível dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros e demonstrar a sua efetividade na melhoria dos níveis de saúde da população que recorre ao SUG. O enfermeiro especialista é um profissional de destaque para o acompanhamento deste projeto atendendo às suas competências especializadas, tal como foi referido anteriormente. As situações de *overcrowding* podem potenciar a permanência dos doentes em macas durante vários dias no SUG, enquanto aguardam transferência para os serviços de internamento ou alta para o domicílio. Neste sentido, os doentes ficam sujeitos às complicações associadas à imobilidade ou ao agravamento de condições pré existentes. A não monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG conduz à existência de alguns problemas nomeadamente: desconhecimento da taxa de incidência de úlceras de pressão no serviço; desconhecimento do número de UP já existentes no momento de admissão; desconhecimento da existência de complicações associadas à imobilidade prolongada no SUG; dificuldade de realizar follow-up do doente em situações previamente identificadas e que seguem para o serviço de internamento e não reconhecimento da necessidade de alterar as práticas de cuidados de enfermagem. Assim sendo, através da monitorização contínua desse indicador, poderá ser planeado um programa operacional respondendo às necessidades identificadas. Algumas das estratégias de melhoria da qualidade poderão ser implementadas a nível direto da prestação de cuidados, por exemplo, com alterações na prática de cuidados, formação aos profissionais, mas poderá também ser necessário desenvolver estratégias situadas ao nível da gestão do SUG/HGO, como a aquisição de auxiliares de posicionamento, macas mais adequadas ou dispositivos de tratamento das úlceras de pressão. A seleção das estratégias só poderá ser realizada através da correta caracterização da incidência das UP no SUG através da existência de um instrumento adequado de notificação deste indicador. Assim sendo, foi criada uma aplicação informática com o objetivo de realizar essa notificação, passível de ser instalada em todos os computadores do SUG permitindo: referenciar o enfermeiro responsável pela notificação; identificar a localização da existência de úlcera de pressão e respetiva categoria; registar local de origem (adquirida na comunidade ou no SUG). A aplicação possibilita a consulta dos registos, realizando uma quantificação dos casos identificados. O instrumento criado dá resposta à necessidade de identificar a taxa de incidência da úlcera de pressão no SUG, de uma forma simples e rápida, como

pretendido pelo enfermeiro chefe do serviço, continuando os enfermeiros a realizar os registos de enfermagem de evolução da úlcera de pressão no sistema ALERT ou SAPE, para possibilitar a continuidade de cuidados. Saliento que esse instrumento preserva o anonimato do doente, pelo que será apenas quantificada a sua situação. Deste modo, a identidade da pessoa será protegida, respeitando, o seu direito à intimidade e de acordo com o mencionado no Código Deontológico do Enfermeiro deve, no artigo 85.º – Do dever de sigilo na alínea d) “(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.115). O planeamento delineado para este projeto de monitorização é útil para SUG e possibilita uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e a melhoria da qualidade dos mesmos. Através da criação do instrumento de registo foi respondida a necessidade existente no serviço relativa à ausência de um instrumento facilitador da monitorização das UP. Após o período de conclusão do estágio no SUG foi realizada uma reunião com o enfermeiro chefe para a implementação deste projeto. O enfermeiro chefe salientou que pelo aproximar do período de férias da maioria dos profissionais este não seria o momento adequado para realizar as formações necessárias. Assim, foi entregue ao serviço, um documento com a fundamentação do projeto e a aplicação informática criada. Ficou prometido um novo contacto e disponibilizei-me para realizar o acompanhamento desse projeto.

Face à relevância da evidência científica resultante da identificação dos indicadores de qualidade para a prestação de cuidados no SUG, foi apresentado o póster: *Indicadores de Qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados no Serviço de Urgência: Revisão Sistemática da Literatura*, no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no dia 24 de Janeiro de 2014 em Coimbra (Apêndice VI; Anexo II).

Através deste objetivo específico foram desenvolvidas as seguintes competências especializadas em EEMC: *gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada; comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico; formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; comunica os resultados da prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas;*

avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; participa e promove a investigação em serviço; promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; promove a formação em serviço na sua área de especialização.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – MÓDULO II

O módulo II do estágio decorreu ao longo de 8 semanas, de 23 de Setembro a 16 de Novembro de 2013, na Unidade de Cuidados Intensivos do HGO. Considerada uma UCI polivalente de nível III é caracterizada por um quadro de recursos humanos médicos e de enfermagem próprio; assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica; dispondo de medidas de controlo contínuo de qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2003). A UCI do HGO tem a missão de “(...) *prestar cuidados altamente diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes adultos que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessitando de apoio tecnológico e de cuidados permanentes quer médicos quer de enfermagem que não são possíveis noutros serviços do hospital*” (HGO, 2013b). Os principais valores que pautam a UCI do HGO são: o trabalho multidisciplinar e multiprofissional; a observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; a promoção da qualidade; a eficiência na utilização dos recursos (HGO, 2013b). Os doentes admitidos nesta unidade podem ter como proveniência o SUG, o Bloco Operatório, outros serviços de internamento do hospital ou serviços de outros hospitais (se residência do doente na área de abrangência do HGO). A unidade tem uma lotação de 8 camas: 7 unidades em *open space* e 1 quarto individual, equipado com pressão negativa, respondendo à necessidade de doentes em isolamento respiratório. Existe um sistema de visitas composto por dois períodos: das 13h-14h e das 19h-20h, permitindo a presença de duas pessoas significativas, no entanto, este pode ser alterado de acordo com as necessidades do doente/família (HGO, 2012a). O processo clínico do doente está informatizado através de várias aplicações informáticas (SAPE, SAM, Centricity e WebLab), existindo um computador por cada duas unidades.

A equipa de enfermagem tem na sua composição 34 elementos, distribuídos por cinco equipas em horário de roulement. Preconiza-se a dotação mínima de 6 enfermeiros no turno da manhã, 5 na tarde e noite, com rácio não superior a um enfermeiro para dois doentes (HGO, 2013b). A necessidade de possuir competências especializadas para responder às necessidades particulares do doente crítico é reconhecida pelos próprios enfermeiros do serviço, tendo cada equipa de enfermagem pelo menos um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um especialista em Enfermagem de

Reabilitação. As informações de enfermagem são fornecidas pelo enfermeiro responsável pelo doente ao familiar de referência sempre que solicitado ou este julgue necessário. A equipa de enfermagem está envolvida em vários projetos internos como a monitorização do SAPE, rastreio epidemiológico, gestão do risco clínico e não clínico e a avaliação do índice APACHE II (sistema de pontos para previsão da mortalidade de doentes na UCI através da avaliação do índice de gravidade (LOPES, 2003)). Os profissionais de enfermagem colaboram também nalguns projetos transversais à unidade, nomeadamente a incidência de úlceras de pressão e projeto da higienização das mãos da responsabilidade da CCI. De seguida, apresenta-se a análise SWOT realizada para este contexto de estágio (Apêndice VII).

Na reunião de dia 10 de Setembro com o enfermeiro chefe da UCI foram definidos os objetivos do estágio, a carga horária de prestação de cuidados, assim como a temática central do projeto de intervenção a desenvolver no serviço e foi apresentado o Guia de Estágio (UCP:ICS, 2013). Deste modo, durante a primeira semana da prática clínica, ficou acordado a realização de horário fixo das 8h-16h30, com a finalidade de: conhecer a equipa multidisciplinar; identificar a dinâmica do serviço e articulação com os serviços de apoio; aprofundar a linguagem CIPE/SAPE e conhecer os diagnósticos e atitudes terapêuticas mais frequentes na unidade, tal como preconizado no Plano de integração de Enfermeiros na UCI (HGO, 2012b). Nas semanas seguintes de estágio foi realizado o horário de roulement do enfermeiro orientador, com algumas adaptações atendendo ao preconizado para carga horária de estágio semanal. Foi selecionado como tema do projeto a desenvolver no serviço a temática dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem na UCI após apresentação e anuência pelo enfermeiro chefe.

Foram definidos, para o módulo II, os seguintes objetivos específicos integrantes do Projeto de Estágio: **1.Prestar cuidados especializados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica e 2.Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da seleção e aplicação de um indicador na UCI do HGO.** Seguidamente, serão identificadas as atividades desenvolvidas, assim como as competências especializadas adquiridas em cada objetivo, demonstrando uma prática baseada na evidência, orientada para a pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica na UCI.

- ***Prestar cuidados específicos à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica***

O doente internado na UCI encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade necessitando, na maioria das vezes, de ventilação invasiva, monitorização hemodinâmica e terapêutica complexa para preservar as suas funções vitais e potenciar a sua recuperação. Inerente a este ambiente de cuidados, constata-se a existência de stress e ansiedade, partilhado por profissionais de saúde, pelo doente e seus familiares (CASTRO, VILELAS e BOTELHO, 2011). A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico assume uma complexidade elevada, pois o doente crítico exige cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes (URDEN; KATHLEEN e LOUGH, 2008). Neste sentido, o desenvolvimento de competências específicas pelo enfermeiro é considerado uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados, possibilitando: *a identificação de focos de instabilidade; na resposta pronta e antecipatória a esses focos; assim como, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade; a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades em suporte avançado de vida; o diagnóstico precoce de complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; a implementação de respostas de enfermagem adequadas às complicações; monitorização e avaliação adequada das respostas aos problemas identificados; demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação, gestão da ansiedade e medo perante a pessoa e família* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c). Para promover a aquisição destas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram planificadas e executadas diversas atividades seguidamente enunciadas.

Durante a assistência ao doente crítico na UCI prestei cuidados em equipa intra e multiprofissional, participando na construção da tomada de decisão em equipa, *demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*. Colaborei com a equipa médica na realização de vários procedimentos de carácter técnico, tais como: entubação endotraqueal, colocação de dispositivos intravasculares (CVC, PICCO, Swan-Gans, linha arterial, cateter para realização de técnicas dialíticas), realização de ponto hemodinâmico através do Swan-Gans, recolha de secreções brônquicas por cateter duplamente protegido, realização de electroencefalograma. Prestei cuidados de higiene e conforto, planeie e executei o posicionamento do doente atendendo à sua condição e objetivo, despistando complicações associadas à imobilidade prolongada e contribuindo para a optimização

das suas funções vitais. Preparei terapêutica complexa (aminas, fibrinolíticos, cardiotónicos, vasodilatadores, indutores do sono, sedoanalgésicos, ...) e realizei a montagem e programação de sessão de técnica dialítica de acordo com a prescrição e vigiei o estado do doente durante a mesma. Realizei a vigilância intensiva do doente, com ênfase no seu nível de consciência, estado hemodinâmico, ventilatório e nutricional (promovendo a alimentação por via entérica ou parentérica) e avaliação da dor. Do mesmo modo, contribui para a manutenção dos dispositivos intravasculares e sistemas de drenagem. Utilizei e sensibilizei profissionais de saúde e familiares para a adoção de precauções universais e utilização de equipamentos de proteção individual para a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Realizei o transporte intra-hospitalar do doente crítico ao Bloco Operatório e a exames complementares de diagnóstico (TAC, sala de hemodinâmica). Planeie os cuidados de enfermagem atendendo à situação clínica do doente, atualizando conhecimentos sobre as seguintes patologias: estado de mal epilético; insuficiência renal aguda; sépsis; síndrome hemolítico urémico; miocardiopatia dilatada; insuficiência respiratória; insuficiência cardíaca; intoxicação medicamentosa; pancreatite aguda; *status* pós laparostomia; *status* pós coronariografia; *status* pós traqueostomia. Participei numa ação de formação do serviço sobre técnicas dialíticas com a Prismaflex©.

A utilização de conhecimentos específicos sobre ventilação mecânica foi uma atividade proposta pelo enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, integrando um capítulo específico no portefólio digital. Neste sentido, desenvolvi competências relacionadas com parâmetros ventilatórios, modalidades ventilatórias, complicações relacionadas com a ventilação mecânica invasiva, recrutamento alveolar, desmame ventilatório e identificação de casos particulares de ventilação mecânica. A aquisição deste conhecimento possibilitou uma maior preparação para o exercício de competências especializadas de enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica permitindo uma melhor vigilância do doente, a identificação precoce e seleção da resposta de enfermagem adequada aos focos de instabilidade e complicações detetadas, que podem passar pela: optimização do tubo endotraqueal, alternância de decúbito, aspiração de secreções brônquicas, solicitar a colaboração do doente para desenvolver um reflexo de tosse eficaz e alertar o médico se manutenção da situação de instabilidade ventilatória. Concretizei o acolhimento aos novos doentes e familiares na unidade, criando o seu processo de enfermagem através da aplicação SAPE. Realizei o registo diário e a atualização do plano de cuidados dos doentes pelos quais estive responsável. Elaborei a

nota de alta, possibilitando a continuidade dos cuidados de enfermagem no serviço de destino.

Com o exposto anteriormente, considero que foram desenvolvidas as competências específicas em EEMC de: *gestão e interpretação, de forma adequada, de informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; reagir perante situações imprevistas e complexas; produzir um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde; desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; preparação de protocolos terapêuticos complexos; refletir na e sobre a prática profissional; iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas; gestão e zelo pelos cuidados prestados.*

O desenvolvimento de competências no domínio da comunicação constitui-se como essencial para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e sua família, uma vez que este apresenta muitas vezes barreiras que limitam o seu processo de comunicar, dificultando a gestão de sentimentos e o contacto com a família. Devido à relevância da comunicação na prestação de cuidados especializados ao doente crítico foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica no sentido de identificar como a aplicação de estratégias facilitadoras da comunicação e a aquisição de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação pelo enfermeiro, contribui para o fortalecimento da relação de cuidados estabelecida com o doente e sua família.

O doente crítico está muitas vezes sobre o efeito de ventilação invasiva, monitorização hemodinâmica, perfusão de sedoanalgesia e indutores do sono, promovendo a recuperação das suas funções vitais através da diminuição do seu estado de consciência. Quando a sedação é reduzida, ou suspensa, o doente fica consciente, percecionando que se encontra num ambiente estranho, rodeado de tecnologia e de pessoas que lhe são desconhecidas, não tendo, na maioria das vezes, lembrança do que propiciou o agravamento da sua condição de saúde e do local onde se encontra. O doente experiencia diversos sentimentos como ansiedade, confusão, insegurança e medo face ao desconhecido (SWEARINGEN e KEEN, 2004), que são potenciados por outra dificuldade que consciencializa, nomeadamente a impossibilidade de utilizar a comunicação verbal, pela presença de um tubo endotraqueal ou traqueostomia sem

cânula fenestrada (URDEN, KATHLEEN e LOUGH, 2008). Neste sentido, o desenvolvimento, pelo enfermeiro, de um processo de comunicação adequado às características do doente assume extrema relevância para este conseguir superar as limitações e tornar-se um parceiro nos cuidados que lhe são prestados, desempenhando assim, um papel mais ativo na recuperação. O enfermeiro de UCI usa as suas competências específicas para selecionar as estratégias facilitadoras da comunicação mais adequadas ao doente, tendo por isso que ir ao seu encontro, compreendendo-o, conhecendo a sua história de vida. Estes dados não sendo, a maioria das vezes, fornecidos pelo próprio no momento da sua admissão na unidade, são recolhidos pelo enfermeiro, durante a entrevista de acolhimento aos familiares, no primeiro momento em que o visitam. Existem algumas estratégias relacionadas com a comunicação aumentativa e alternativa que os enfermeiros da unidade utilizam para ajudar a superar as barreiras comunicacionais apresentadas pelo doente crítico. A comunicação aumentativa e alternativa consiste em qualquer método de comunicação que suplementa os métodos normais de fala e escrita (MILLAR e SCOTT, 1998). Se o doente possuir limitações/barreiras que o impeçam de utilizar a comunicação verbal como meio de comunicação, pode ser necessário a utilização de outras estratégias para conseguir comunicar, maximizando as suas potencialidades e superando as limitações (MILLAR e SCOTT, 1998). Segundo, Millar e Scott (1998) as estratégias de comunicação podem ser classificadas em estratégias sem necessidade de ajudas (*unaided communication*) ou estratégias com necessidade de ajudas (*aided communication*). As primeiras consistem nas estratégias que não necessitam de equipamentos ou materiais adicionais para serem utilizadas. Deste modo são simples, imediatas, práticas e baratas, não necessitando da aquisição de equipamento específico (MILLAR e SCOTT, 1998). Como exemplo deste tipo de estratégias surge a utilização de sinais e gestos (expressões faciais, olhar, postura corporal, apontar para objetos, leitura dos lábios e a utilização de linguagem gestual). Por outro lado, as estratégias com necessidades de ajudas consistem nos sistemas que necessitam de algum objeto físico ou equipamento como quadros de símbolos ou computador (MILLAR e SCOTT, 1998). Estas estratégias podem ser de nível básico como quadros de escrita, quadros de letras e imagens ou equipamentos de elevada tecnologia como recetores neuromusculares (MILLAR e SCOTT, 1998). As estratégias de nível tecnológico mais baixo são normalmente mais acessíveis e simples de utilizar, ao invés dos dispositivos de elevada tecnologia com um custo elevado e que necessitam de curva de aprendizagem maior para os profissionais de saúde e para o doente e família

(MILLAR e SCOTT, 1998). Durante o estágio na UCI foi possível identificar como os enfermeiros na prestação de cuidados ao doente crítico utilizam algumas das estratégias referidas anteriormente, nomeadamente o uso de expressões faciais, o olhar, o apontar para objetos, a leitura dos lábios e a utilização de quadros de escrita. Recorrem na comunicação com o doente crítico ao contacto visual direto, falam de forma simples, clara e sempre de frente para este. Da mesma forma, adotam uma postura serena aguardando que o doente consiga expressar através da escrita, mimica facial ou movimentos das mãos, a sua mensagem. A validação/clarificação do conteúdo da mensagem transmitida pelo doente é outro aspeto importante na atuação do enfermeiro, pois se o doente sentir que a sua mensagem não está a ser percebida pode aumentar a sua ansiedade e gerar sentimentos de revolta e frustração (SWEARINGER e KEEN, 2004). A gestão dos sentimentos do doente e família assume extrema relevância no cuidado de enfermagem ao doente crítico. A relação entre enfermeiro e doente deve ser marcada pela autenticidade na comunicação, escuta ativa e empatia (PONTÍFICIE, 2013). Caso as estratégias referidas anteriormente não ultrapassem as barreiras comunicacionais do doente ou, se for esperado que essas se prolonguem ou se tornem permanentes, o enfermeiro especialista deve conhecer os recursos que pode utilizar para superar essas dificuldades, mesmo que não estejam imediatamente disponíveis na unidade. O enfermeiro especialista assume portanto um papel de consultor e mediador, entre a equipa de saúde da unidade, doente e família e, se necessário, mobilizador de algumas instituições, no sentido de proporcionar a estratégia adequada para a melhoria da qualidade de vida daquele doente e família.

Ao longo do estágio na UCI consegui adquirir competências específicas no estabelecimento do processo de comunicação com o doente crítico. Do mesmo modo, tive a oportunidade de ajudar os familiares a superar as suas dificuldades no diálogo com o seu ente querido durante o período de visita, evidenciando uma das funções do enfermeiro na UCI: *“servir de elo de ligação entre o doente e a família, questionando hábitos e preferências do doente e facilitando meios auxiliares de comunicação”* (HGO, 2012a). O estabelecimento de um processo de comunicação com o doente crítico e família com recurso a técnicas de comunicação, como a negociação ou clarificação, e com respeito na relação terapêutica pelas suas crenças e fatores culturais, possibilita uma gestão mais positiva dos sentimentos do doente e família, diminuindo os seus níveis de *stress* e ansiedade. Atendendo à relevância do desenvolvimento de competências no domínio da comunicação com o doente crítico e família para a prática

de cuidados de enfermagem especializados em EEMC considero que neste estágio, adquiri a capacidade de *gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, demonstrando conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação” e adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c), *demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura e abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.*

À semelhança do módulo anterior acompanhei a minha orientadora enquanto enfermeira chefe de equipa, permitindo-me complementar a aprendizagem realizada. Nesse sentido, identifiquei algumas atividades e competências da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa, que serão seguidamente objeto de análise, pois permitiram o desenvolvimento de competências de supervisão, gestão dos cuidados e resolução de problemas, também estas consideradas competências essenciais para o exercício do enfermeiro especialista.

O enfermeiro chefe de equipa faz a distribuição dos enfermeiros pelos doentes na unidade após receber as informações da passagem de turno, adequando-os às necessidades dos doentes e assegurando um rácio não superior a um enfermeiro para dois doentes. Do mesmo modo, após fazer a distribuição da equipa de enfermagem, o enfermeiro chefe de equipa realiza uma reunião com os assistentes operacionais de turno (dois no turno da manhã e um para o turno da tarde e noite), informando-os das particularidades dos doentes existentes na unidade e de aspetos relevantes para a organização do trabalho, por exemplo: quais os doentes em isolamento; previsão de realização de transporte intra-hospitalar; faltas de material; necessidade de assegurar o pedido de dieta específica para os doentes a iniciar alimentação oral, entre outras.

Na UCI o enfermeiro chefe de equipa está em diálogo permanente com o médico de banco, no sentido de preparar atempadamente a unidade para o acolhimento de um novo doente ou processo de transferência.

Constatei a necessidade do enfermeiro chefe de equipa gerir o número de enfermeiros para o turno seguinte face às necessidades reais do serviço. Assim, atendendo ao rácio enfermeiro/doente preconizado, ao número de doentes internados e suas necessidades

e à previsão de admissão planeada de novos doentes, o enfermeiro chefe de equipa decide, atendendo às dotações mínimas do serviço (6 enfermeiros no turno da manhã, 5 no turno da tarde e noite) se é necessário chamar mais um enfermeiro para fazer turno. O enfermeiro chefe de equipa é um elo de ligação entre a equipa e o enfermeiro chefe, transmitindo a este último as preocupações e problemas identificados pela equipa aquando da realização de reuniões mensais. Do mesmo modo, procede à divulgação a todos os membros da equipa das informações resultantes dessas reuniões tendo em vista execução das orientações emanadas.

O enfermeiro chefe de equipa é responsável também por: realizar a montagem e teste dos ventiladores após serem esterilizados, deixando-os aptos a funcionar, conferir o *stock* dos estupefacientes uma vez turno; verificar o nível de oxigénio das balas de transporte e redigir as ocorrências relevantes no turno em livro próprio.

A gestão dos recursos materiais tem sido objeto de atenção na UCI do HGO. Na semana de acompanhamento da enfermeira segundo elemento do serviço esta salientou o trabalho que tem sido realizado na adequação dos *stocks* às necessidades reais da unidade e como diminuíram, de forma acentuada, os custos relacionados com esse excesso. Para esse facto contribuiu a entrada em funcionamento, o ano passado, da central de compras informatizada com acesso personalizado para cada serviço; e a aquisição de armários fechados (respeitando as orientações para o armazenamento de material estéril) e com maior capacidade de arrumação e visualização dos diversos materiais, possibilitando, deste modo, um controlo rigoroso da necessidade de renovação dos *stocks*.

Enquanto enfermeira chefe de equipa refleti na otimização da prática de cuidados e em situações complexas de saúde, demonstrando consciência crítica e conhecimentos baseados em evidência científica, para os problemas da prática profissional e sua discussão com a enfermeira orientadora. Contribui para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro para a equipa de profissionais, doente e família da unidade. Colaborei na integração de novos profissionais no serviço e alunos de enfermagem, embora de forma esporádica. Na prestação de cuidados torna-se evidente a capacidade de antecipação e rápida priorização demonstrada pelo enfermeiro chefe de equipa, face a situações inesperadas. Neste sentido considero que desenvolvi as seguintes competências específicas de EEMC: *exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; zela pelos cuidados na sua área de especialização; promove o*

desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; colabora na integração de novos profissionais; lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização; demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.

- ***Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da seleção e aplicação de um indicador na UCI do HGO.***

O objetivo específico previamente enunciado constituiu-se como ponto de partida para o desenvolvimento de um trabalho mais amplo referente aos indicadores de qualidade nos cuidados de enfermagem ao doente adulto internado na UCI. Esta temática insere-se nos objetivos do estágio de EEMC uma vez que o enfermeiro especialista assume-se como profissional de destaque para o acompanhamento e implementação dos projetos de melhoria da qualidade, atendendo ao exposto no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b).

Após apresentação da revisão sistemática realizada anteriormente ao enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, na reunião realizada no dia 2 de Outubro, estes consideram a temática dos indicadores de qualidade como de grande relevância para a UCI. Assim, atendendo as particularidades do serviço, o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora selecionaram os indicadores mais relevantes para a unidade: taxa de incidência de extubação não planeada, a taxa de incidência de perda de sonda naso/orogástrica e a taxa de incidência de perda de cateter venoso central (DIAS e JOSÉ, 2013).

Um projeto de melhoria da qualidade é um processo complexo, segundo Donabedian (2002, p.27) a monitorização e a melhoria da prática clínica deve obedecer a nove etapas: “1) *Determinar o que monitorizar*; 2) *Determinar que prioridades assumir na monitorização*; 3) *Selecionar a abordagem ou abordagens para garantir o cuidado*; 4) *Formular critérios e standards*; 5) *Obter a informação necessária*; 6) *Escolher quando monitorizar*; 7) *Escolher como monitorizar*; 8) *Construir um sistema de monitorização*; 9) *Identificar a mudança de comportamentos*”. Neste sentido, após a seleção dos indicadores a avaliar, implica definir um conjunto de critérios, tornando os indicadores válidos ao serviço a que se destina. Esse processo só é possível com a realização de uma revisão de literatura para clarificação dos critérios específicos de cada indicador e identificação das melhores práticas para os cuidados a monitorizar. Deste modo,

implementaram-se processos de revisão da literatura para identificação dos cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de extubação não planeada (Apêndice VIII, p.3), de perda (extubação acidental) de sonda naso/orogástrica (Apêndice VIII, p.12), e de perda (remoção acidental) de cateter venoso central (Apêndice VIII, p.15). Apesar de inicialmente o indicador de qualidade para os cuidados de enfermagem ao doente adulto internado em UCI se reportar à taxa de incidência de situação de perda de cateter venoso central, em diálogo com a enfermeira orientadora, considerou-se relevante alargar esse conceito a todos os cateteres intravasculares (CIV) que o doente crítico possua devido à importância da sua permanência na otimização do seu estado de saúde. Em relação à temática da extubação não planeada: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI, foi definido como objetivo da revisão: identificar os cuidados de enfermagem preventivos de extubação não planeada na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI. Os achados foram divididos em três categorias: fatores de risco associados a extubação não planeada; ações de enfermagem preventivas da ocorrência de extubação não planeada e métodos de fixação do tubo endotraqueal (TET).

O principal objetivo da revisão da literatura referente ao tema perda (extubação) de sonda naso/orogástrica: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI, foi: identificar os cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de perda (extubação) de sonda nasogástrica (SNG). O número de artigos disponíveis sobre a temática foi reduzido, situando-se ao nível dos cuidados com a fixação da sonda nasogástrica, cuidado executado pelo enfermeiro.

Em relação à temática: identificação dos cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de perda (remoção acidental) de cateter intravascular: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI. O número de artigos encontrado sobre os cuidados na fixação e manutenção dos CIV foi reduzido, existindo um maior ênfase nos cuidados necessários para a prevenção das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS). Os cuidados de manutenção dos CIV centram-se: na forma de fixação desses dispositivos e sua substituição e na identificação e implementação de cuidados preventivos da ocorrência de perda (remoção acidental). Deste modo, foram identificadas as ações necessárias para a manutenção dos CIV, integrando também as principais recomendações para a prevenção de infeções da corrente sanguínea associadas à utilização desses dispositivos, apresentando o respetivo nível de evidência

científica atribuído pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI, 2006) e pelo *Centre of Disease Control* (CDC, 2011).

Na pesquisa realizada não foi possível identificar cuidados específicos para a prevenção de perda ou remoção accidental dos CIV, assim, no sentido de superar essa limitação e complementar a informação destacada, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica sobre o transporte intra-hospitalar do doente intensivo (Apêndice VIII, p.17). Esta é uma temática intimamente relacionada com as anteriores, pois durante o transporte do doente crítico existe maior probabilidade de ocorrerem situações de extubação accidental (do TET, da SNG) ou de perda/remoção accidental de cateteres intravasculares, corroborada pela enfermeira orientadora e enfermeiro chefe, apesar de não existirem números específicos que identifiquem essa realidade no serviço. Assim defini como objetivo: identificar os cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de extubação accidental (do TET, da SNG) ou de perda/remoção accidental de CIV durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico. O transporte de doentes da UCI para a realização de exames complementares de diagnóstico e de procedimentos é um aspeto integrante do dia-a-dia do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente crítico, tal como verifiquei durante a realização do estágio. Existem alguns perigos potenciais durante a realização desse transporte que o enfermeiro deve conhecer no sentido de zelar pela proteção e segurança do doente, assegurando a sua monitorização contínua e atuando de forma atempada (DAY, 2010). O *standard* do transporte intra-hospitalar do doente crítico consiste em providenciar durante o transporte o mesmo nível de cuidados, monitorização e intervenções que estão acessíveis ao doente durante a sua permanência na UCI (DAY, 2010). Durante o transporte existem alterações fisiológicas e ambientais, aumentando o *stress* fisiológico no doente crítico (FANARA et al, 2010). Quanto mais crítica a condição do doente, maior a probabilidade de ocorrerem problemas durante o transporte intra-hospitalar (DAY, 2010; FANARA et al, 2010). Os eventos adversos que podem ocorrer no transporte intra-hospitalar do doente crítico consistem em falhas de sistema ou falhas relacionadas com a condição do doente. Neste sentido, foram evidenciadas as falhas mais frequentes, os fatores de risco e os cuidados preventivos para a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico atendendo à evidência pesquisada.

Através da análise das revisões de literatura efetuadas foram identificados contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente crítico na UCI. Estes estendem-se não apenas a indicadores de qualidade de enfermagem de resultado,

mas também complementam indicadores de estrutura (existência de instrumento de registo e norma de procedimento com a identificação da evidência científica sobre a temática fundamentando a sua relevância para a prática de cuidados) e de processo (existência de documento com a descrição da forma como será realizada a avaliação desses indicadores).

Com as evidências deste trabalho vai ser criada uma nova norma de procedimento (NP) na UCI relativa ao Planeamento do Transporte intra-hospitalar do doente crítico e serão revistas quatro NP já existentes (Apêndice VIII, p.27), respetivamente: NP UCI 3003: Colocação e manutenção de cateteres venosos centrais; NP UCI 3022: Entubação gástrica e manutenção de sonda; NP UCI 3025: Higiene oral em doentes ventilados; NP UCI 3042: Cuidados de Enfermagem ao doente ventilado com tubo endotraqueal. Estas, após a aprovação e apresentação à equipa (data a combinar), servirão de base para o estabelecimento de um programa de auditoria aos seguintes indicadores de qualidade de enfermagem específicos para a UCI (Apêndice VIII, p.24): *Taxa de incidência de extubação não planeada; a Taxa de incidência de perda (extubação) de sonda naso/orogástrica e a Taxa de incidência de perda (remoção acidental) de cateter intravascular.*

O envolvimento de enfermeiros especialistas e enfermeiros com funções de chefia neste projeto (enfermeiro chefe, enfermeiros chefes de equipa e enfermeiro responsável pela formação) pode ser uma mais-valia para a criação do clima organizacional necessário ao desenvolvimento de competências autónomas de enfermagem e à avaliação da qualidade desses cuidados. Traduzindo, desse modo, o contributo singular da prestação de cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população.

Em virtude da evidência científica resultante destes projetos foi apresentada a comunicação *Contributos para uma prática de enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI*, no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no dia 24 de Janeiro de 2014 em Coimbra (Apêndice IX, Anexo III).

Com a realização destes projetos considero que desenvolvi as seguintes competências especializadas em EEMC: *comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral; formula e analisa*

questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica; comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; reflete na e sobre a sua prática de forma crítica; incorpora na prática os resultados de investigação válidos e relevantes na sua área de especialização, assim como outras evidências; identifica as necessidades formativas na sua área de especialização; promove a formação em serviço na sua área de especialização; promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

formação em serviço na sua área de especialização; promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Para testemunhar o processo de aprendizagem realizado na aquisição de competências especializadas para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação clínica, foi criado um portefólio digital, registado no endereço <http://danielamedicocirurgicaenf.wordpress.com/>. Por questões de confidencialidade e privacidade das reflexões desenvolvidas o seu acesso foi desbloqueado para a professora e enfermeiros orientadores. Este constitui-se um meio rápido de acompanhamento do processo de aprendizagem contendo: reflexões específicas sobre a práxis clínica, evidência científica sobre temáticas relevantes para a prestação de cuidados, documentação referente aos momentos de avaliação do estágio, descrição das atividades desenvolvidas por dia de estágio, projetos desenvolvidos no domínio dos indicadores de qualidade.

A realização do estágio constitui-se uma etapa essencial para que o enfermeiro especialista, através da prática clínica, desenvolva conhecimentos e adquira competências especializadas numa área específica de cuidados, neste caso, cuidados à pessoa em situação crítica. Essas competências foram transversais a três domínios, considerados essenciais pela Ordem dos Enfermeiros (2010c), para o exercício de uma prática profissional especializada, nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria da qualidade e o domínio da gestão dos cuidados. Neste capítulo identificou-se como a realização do estágio no SUG e na UCI contribuíram para a aquisição de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas em Enfermagem à pessoa em situação crítica. Do mesmo modo, foi possível identificar a relevância da aquisição de um corpo de conhecimentos diversificado e

amplo e da capacidade de desenvolver um exercício constante de reflexão por parte do enfermeiro especialista, quer da sua própria prática profissional, como da prática da equipa de enfermagem e de saúde. O estabelecimento de prioridades, a deteção precoce de complicações e a criatividade na resolução de problemas, aliada a uma intervenção eficiente e em tempo útil são condições essenciais para um cuidado de enfermagem altamente qualificado ao doente em situação crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c), visando assim, uma prática assistencial de enfermagem segura e de qualidade. A elevada tecnologia disponível, quer na SUG como na UCI, deve ser considerada um recurso para o enfermeiro especialista desenvolver uma atitude de avaliação e monitorização constante dos cuidados. Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência consistem em aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros (SHEEHY, 2011). Assim, o *“(...) profissional de enfermagem deve procurar prestar cuidado terapêutico, de forma a respaldar a sua acuação dentro dos princípios éticos, e que sua intervenção seja sustentada por tecnologia da melhor qualidade possível, correspondente ao avanço científico, valorizando a qualidade de vida do ser humano”* (LIMA, 2006, p.276).

CONCLUSÕES

A realização deste relatório proporcionou o conhecimento do processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Ao longo da sua estrutura foi possível identificar como a aquisição de competências especializadas, ao longo da prática clínica, se refletiu na prestação de cuidados. Do mesmo modo, foram evidenciadas as várias dimensões que integram a prática de cuidados especializados e como estes podem influenciar a melhoria da qualidade. O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida, na medida em que ao tornar-se perito, integra na sua ação os “(...) diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional (HESBEEN, 2001)”. Neste sentido, a prática clínica em dois contextos distintos marcados pela elevada necessidade de cuidados de enfermagem, um serviço de urgência geral e uma unidade de cuidados intensivos, potenciou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, enraizadas num pensamento crítico sobre e na prática de cuidados. Durante a práxis clínica foram vivenciadas situações de elevada criticidade e vulnerabilidade do doente e família, onde aliada à vigilância e monitorização constante possibilitada pela elevada tecnologia, ocorreu o desenvolvimento de competências comunicacionais muito significativas, promovendo o fortalecimento da relação doente/família/enfermeiro, na gestão de sentimentos e na promoção do conforto e qualidade de vida daquele doente específico. *“A enfermagem para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, abrange uma imensidão de coisas, digamos de “pequenas coisas” (...) todas essas pequenas coisas, quando associadas com os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, nunca são banais para a pessoa que recebe cuidados, na medida em que elas são sempre testemunho de grande atenção que estes profissionais podem prestar-lhe e, por conseguinte, do profissionalismo que ela exige.”* (HESBEEN, 2001, p.35).

Ao longo do presente relatório foi feita a descrição das atividades desenvolvidas em cada módulo do estágio, com a identificação das competências adquiridas no âmbito da Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica. Do mesmo modo, foram aprofundados conhecimentos relativos à temática dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Este foi um tema transversal no relatório, quer através da elaboração de uma revisão sistemática da literatura (capítulo 1), como no

desenvolvimento de trabalhos distintos em cada um dos contextos específicos de estágio (capítulo 2.1 e 2.2), promovendo a melhoria contínua da qualidade.

Como pontos fortes deste relatório pode ser considerada a descrição das atividades desenvolvidas durante a prática clínica e como estas potenciaram a aquisição de competências específicas em EEMC. A contextualização da temática dos indicadores de qualidade de enfermagem para o contexto específico do SUG e da UCI, assim como a possibilidade de operacionalização efetiva na prática de cuidados, também pode ser destacada com uma característica positiva deste relatório.

Como ponto fraco deste relatório e da experiência de aprendizagem realizada, pode ser considerada o desenvolvimento de competências relacionadas com a integração de novos elementos nos serviços de estágio e a impossibilidade de acompanhar durante alguns turnos o enfermeiro chefe, quer da SUG como da UCI. Considero que esta poderia ser uma experiência enriquecedora para complementar as competências relacionadas com a gestão do serviço, ao considerar uma visão mais macro do mesmo, compreendendo como se processa a realização dos horários de pessoal, a gestão de horas, gestão de *stocks* e os processos de auditoria clínica. Salientasse, contudo, que foi feito o pedido de acompanhamento dos enfermeiros chefes, mas em ambos os serviços, foi recusada por indisponibilidade dos mesmos face a constrangimentos externos. Evidencia-se como aspeto negativo a não operacionalização efetiva dos projetos de melhoria contínua da qualidade propostos para os serviços até ao momento de realização deste relatório, apesar da disponibilidade proposta. No entanto, atendendo ao nível de planeamento evidenciado pelos mesmos e à duração do período de estágio em cada contexto (8 semanas) este cumpriu com os objetivos traçados nos projetos de estágios e expectativas da professora, enfermeiros orientadores e enfermeiros chefe do SUG e UCI.

A realização deste relatório foi uma oportunidade para refletir no percurso académico realizado e no enriquecimento da experiência profissional através da aquisição de competências especializadas em EEMC. Este tipo de experiência possibilitou a aquisição de competências tal como são identificadas pelo ideograma “CHA” – Conhecimento, Habilidade e Atitude (SOALHEIRO, 2007). O C significa deter o conhecimento sobre um determinado assunto, dominando um *Know-how* específico (Soalheiro, 2007), neste caso os conhecimentos teóricos que sustentam a prática especializada do cuidado de enfermagem. O H significa habilidade para produzir resultados com o conhecimento que se possui, conseguindo operacionalizá-lo,

produzindo algo efetivo, correspondendo ao saber fazer (SOALHEIRO, 2007). Consiste assim, na aplicação dos conhecimentos teóricos no exercício de uma prática de cuidados especializada, contribuindo para a melhoria da qualidade dos mesmos, ao responder positivamente às necessidades complexas de saúde apresentadas pelo doente crítico e sua família. O A significa atitude assertiva e pró-ativa e espírito de iniciativa, correspondendo ao querer fazer (SOALHEIRO, 2007). Ao longo deste relatório foi evidente a relevância do exercício de reflexão contínuo na e sobre a prática de cuidados, assim como a capacidade de antecipar e identificar precocemente complicações e possuir o raciocínio para a resolução de problemas ou constrangimentos, quer na prática de cuidados direta, como no seio da equipa de enfermagem ou multidisciplinar. Neste sentido, espero que como futura enfermeira especialista além de deter o conhecimento e saber operacionalizá-lo, mantenha um espírito crítico e de iniciativa procurando novas soluções para os problemas com que me deparo na atividade profissional especializada. Os indicadores de qualidade de enfermagem evidenciados, através dos processos de revisão de literatura, poderão servir de ponto de partida para o planeamento e implementação de diversos projetos de intervenção, quer na UCI como no SUG, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nesses contextos específicos.

Como ameaça a este processo de aprendizagem de competências especializadas em EEMC não é possível deixar de referir o sentimento de desânimo sentido pelos profissionais de enfermagem nos serviços de estágio. A tristeza verbalizada por muitos pela não identificação da relevância dos cuidados de enfermagem para a saúde da população, o desejo de abandonar o país em busca de condições melhores e a angústia face aos constrangimentos económicos e aumento da carga horária laboral sem o respetivo acerto salarial. Estes aspetos apesar de serem considerados ameaças ao processo desenvolvido, na prática verificou-se que os enfermeiros continuaram a cuidar respondendo às necessidades reais dos doentes e familiares, com empenho e dedicação. A realização deste percurso foi extremamente enriquecedor para a minha experiência pessoal e profissional, correspondendo às expectativas criadas. Assim, considero estar apta a prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica possuindo as competências necessárias para o seu exercício, contribuindo para a melhoria dos aspetos de saúde da população que são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTRO, C.; VILELAS, J.; BOTELHO M. (2011) – A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem**. [em linha]. Vol.15, nº2 (Julho-Dezembro, 2011). Acedido em: 30/10/2013. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf.
- CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2009) – Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care. **CRD, University of York** [em linha]. 282p. Acedido em: 28/12/2012. Disponível em: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf.
- CENTRE OF DISEASE CONTROL (2011) – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. [Em linha]. Acedido em: 28/10/2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- DAY, Darcy (2010) – Keeping patients safe during intrahospital transport. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol.30, nº4 (Agosto, 2010), p18-32. ISSN 1940-8250. Acedido em: 25/10/2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C104.pdf>.
- DIAS, Daniela; JOSÉ, M.^a Helena (2013) - **Indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI – Revisão Sistemática da Literatura**. Trabalho desenvolvido no âmbito da UC métodos de investigação I, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003) – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. **Direção-Geral da Saúde**. [em linha]. ISBN: 972-675-097-0. Acedido em: 01/10/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.
- DONABEDIAN, Avedis (2002) – An introduction to quality assurance in health care. [Em linha]. USA: Oxford University Press, USA. ISBN: 9780195158090. Acedido em: 29/09/2013. Disponível em: http://books.google.pt/books/about/An_Introduction_to_Quality_Assurance_in.html?id=fDSriunx6UEC&redir_esc=y.
- EPUP/NPUAP (2009) [Em linha]. Acedido em: 08/06/2013. Disponível em: <http://www.epup.org/>.
- FANARA, Benoit; et al (2010) – Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. **Critical Care**. [Em linha]. Vol. 14, nº3 (Maio, 2010). ISSN 1364-8535. Acedido em: 25/10/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20470381>.
- FERREIRA, Manuel; et al (2008) – **Ser empreendedor: pensar, criar e moldar a nova empresa**. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-505-5.
- FERREIRA, Pedro; et al (2007) – **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Implementação Nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-37-0.

- FRANCO, J. et al (2010) – Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.63, nº5 (Setembro-Outubro, 2010), p.806-810. ISSN 0034-7167. Acedido em: 20/12/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>.
- GANLEY, Lorraine; GLOSTER, Annabella. (2011). An overview of triage in the emergency department. **Nursing Standard**. [em linha]. Vol. 26. nº12 (Novembro, 2011), p.49-56. ISSN 0029-6570. Acedido em: 28/04/2013. Disponível em: <ftp://195.206.160.172/NSTD/V26.website/N12/8829.pdf>.
- GARCIA, P.; FUGULIN, F. (2012) – Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis. **Revista latino-americana de enfermagem**. [em linha]. Vol.20, nº4 (Julho-Agosto,2012), p.651-658. ISSN 0104-1169. Acedido em: 5/01/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990149>.
- HARDING, Andrew et al (2013) – A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. **Journal of Emergency Nursing**. [Em linha]. Vol.39. nº3 (Maio, 2013). p.252-264. ISSN 0099-1767. Acedido em: 3/05/2013. Disponível em: [http://www.girardslaw.com/olibrary/ED_Nurse_Competency_Frame work_2013.pdf](http://www.girardslaw.com/olibrary/ED_Nurse_Competency_Frame%20work_2013.pdf).
- HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
- HOSPITAL DO FUTURO (2014) – **Hospital Garcia de Orta aposta na garantia da qualidade dos cuidados de saúde**. Acedido em: 20/02/2014. Disponível em: <http://www.hospitaldofuturo.com>.
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2008) – Norma de actuação do profissional de enfermagem. **Norma de Procedimento n.º12/08**. Acessível no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta., Almada, Portugal.
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2012a) – Acolhimento à família dos doentes internados. **Norma de Procedimento UCI – 3052**. Acessível na UCI do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2012b) – **Programa UCI: Plano de Integração de Enfermeiros na UCI**. Acessível na UCI do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2013a) – **Caracterização do Serviço de Urgência Geral (SUG)**. [Em linha]. Acedido em: 24/04/2013. Disponível em: [http://galatea/Paginas/Area%20Clinica/Urgência-Geral.aspx?MenuID=H48](http://galatea/Paginas/Area%20Clinica/Urgencia-Geral.aspx?MenuID=H48).
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2013b) – **Plano Ação 2013: Unidade de Cuidados intensivos**. Acessível na UCI do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011) – **Classificação para a prática de Enfermagem** (CIPE/ICNP). Ordem dos Enfermeiros. Browser da Versão 2.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2013) – Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: <http://www.icn.ch/>.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2008) – Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. **JB**. [em linha]. 201p. Acedido em 3/02/2013. Disponível em: http://www.joannabriggs.edu.au/documents/jbireviewmanual_cip11449.pdf.

- JOHANSEN, Mary (2012) – Conflicting priorities: emergency nurses'perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. **Journal of Emergency Nursing**. [Em linha]. Versão EPub. Acedido em: 04/05/2013. Disponível em: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767%2803%2900346-5/pdf>.
- LEI n.º 33/2009. **D.R.I Série**. 134 (14-07-2009) 4467.
- LIMA, Suzinara (2006) – A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*. [em linha]. Vol. 19, nº 3 (Julho-Setembro, 2006), p.271-278. ISSN 1982-0194. Acedido em: 02/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3.pdf>.
- LOPES, Fernando (2003) – APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation). Acedido em: 30/10/2013. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/APACHE_II_%28Acute_Physiology_And_Chronic_Health_Evaluation%29.
- LOVERIDGE, Nancy (2002) – Benchmarking as a quality assessment tool. **Emergency nurse**. [Em linha]. Vol. 9, nº9 (Fevereiro, 2002). p.24-39. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://emergencynurse.rcnpublishing.co.uk/archive/article-benchmarking-as-a-qualityassess ment-tool>.
- MCHUGH, Megan et al (2012) – Time and expenses associated with the implementation of strategies to reduce emergency department crowding. **Journal of Emergency Nursing**. [Em linha]. Vol. 38, nº5 (Setembro, 2012), p.420-428. ISSN: 1527-2966. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0099176711003485/1-s2.0-S0099176711003485-main.pdf?_tid=e1995382-cd66-11e2-becc-00000aab0f27&acdnat=1370385433_e6af64c1 effa5f16 df3b03 c8be167533.
- MENDONÇA, Susana (2011) – **Competências**. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Em linha]. Acedido em: 30/05/2013. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8854/1/relatorio.Dez2011.pdf>.
- MEZOMO, João (2001). **Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos**. Brazil: Diversos. ISBN 9788520412633.
- MILLAR, Sally e SCOTT, Janet (1998) – What is augmentative and alternative communication? An introduction. **Centre & Scottish Executive Education Dept**. Acedido em: 06/11/2013. Disponível em: http://www.terapiadafala.biz/uteis/artigos/introbook_of_aac.pdf.
- MOTA, N.; MELLEIRO, M.; TRONCHIN, D. (2007) – A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**. [em linha]. Vol., 9, nº34 (Janeiro-Março, 2007), p.9-15. ISSN 1519-1672. Acedido em: 28/12/2012. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

- OLIVEIRA, D. et al (2008) – Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 28 (Março, 2008), p.36-41.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [S.1]: Ordem dos enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. **Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. nº13 (Julho,2004), p.2-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. **Ordem dos Enfermeiros**. [em linha]. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_IndicadoresVFOut2007.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – Áreas prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha] Acedido em: 20/12/2012. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasProritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010c) – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituaacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- PADILHA, E.; MATSUDA, L. (2011) – Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.64, nº4 (Julho-Agosto, 2011), p.684-691. ISSN 0034-7167. Acedido em: 5/01/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a09v64n4.pdf>.
- PAIVA, Abel (2014) – **Medição de resultados associados à prática especializada**. Conferência realizada a 25/01/2015, inserida no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Coimbra, Portugal.
- PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN 9789898269065.
- PEREIRA, Sandra; SOARES, Hélia (2012) – Úlceras por pressão: perceção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. IIIª série (nº7) (Julho, 2012), p.139-148. ISSN 0874-0283. Acedido em: 03/06/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a15.pdf>.

- PERRY, Andrea (2011) – The clinical nurse leader: improving outcomes and efficacy in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**. [Em linha]. Vol.39. nº 4 (Dezembro, 2011), p. 334-339. ISSN 1527-2966. Acedido em: 02/05/2013. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/51849958_The_Clinical_Nurse_Leader_Improving_Outcomes_and_Efficacy_in_the_Emergency_Department.
- PETRONILHO, Fernando (2009) – Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. **Revista sinais vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 82 (Janeiro, 2009), p. 35-43.
- PINA, Elaine; et al (2010) – **GAIF 2010: Da Eminência à Evidência**. [Em linha]. Acedido em: 06/06/2013. Disponível em: <http://forumenfermagem.org/feridas /2010/05/#sthash.M5710ByJ.dpuf>.
- PONTIFÍCIE, Patrícia (2013) – **Importância da Relação/Comunicação no Cuidar em Enfermagem**. Suporte teórico da aula de Enfermagem Médico-cirúrgica II, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde.
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (2006) – **Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares** [Em linha]. Acedido em: 28/10/2013. Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntra_vasculares.pdf.
- SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. (2003) – Classifying the findings in qualitative studies. **Qualitative Health Research**. [em linha]. Vol.13, nº7 (Setembro, 2003), p. 905-923. ISSN 1049-7323. Acedido em: 23/01/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14502957>.
- SANTOS, José e LIMA; Maria (2011) – Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Em linha]. Vol.32. nº4 (Dezembro, 2011), p.695-702. ISSN 1983-1447. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19446>.
- SHEEHY, Susan (2011) – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 6ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-63-9.
- SILVA, Larissa e MATSUDA, Laura (2012) – Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência, cuidado e saúde**. [Em linha]. Suplemento nº11(Janeiro-Março, 2012), p.121-128. ISSN 1516-1803. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2.pdf>.
- SILVA, Teresa (2010) – **Eixo Temático: Ensino e Pesquisa: Análise Swot Potencializando as Ações de Planejamento Do Enfermeiro**. [em linha]. Acedido em: 26 de Maio de 2013. Disponível em: <http://177.184.194.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I16002.E8.T3853.D4AP.pdf>.
- SOALHEIRO, Bruno (2007) – **O CHA da competência**. [em linha]. Acedido em 15/02/2014. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/imprimir_o.php?codigo=AOP0126.
- SOCIEDADE PORTUGUESA PARA A QUALIDADE NA SAÚDE (2013). Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: <http://spqsaude.com>.

- SOUZA S. et al (2006) – Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 59, nº 2 (Março-Abril, 2006), p.201-205. ISSN 0034-7167. Acedido em: 5/01/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a15.pdf>.
- SWAN, Beth (2008) – Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. **Nursing Economics**. [Em linha]. Vol.26. nº3 (Maio-Junho, 2008), p.195-201,205. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18616060>.
- SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet (2004) – **Manual de Enfermagem de Cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes**. 4ªed. Loures: Lusociência. p.99-120. ISBN 9789728383527
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2013) – **Guia de Estágio: Curso de mestrado em enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica**. Lisboa.
- UP TO DATE (2012) – Organophosphate and carbamate poisoning. [em linha]. Acedido em: 20/05/2013. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/organophosphate-and-carbamate-poisoning>.
- URDEN, L.; KATHLEEN, S.; LOUGH, M. (2008) – **Thelan's. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ªed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-989-8269-11-9.
- de VOS, M. et al (2007) – Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? **Journal of Critical Care**. [em linha]. Vol. 22,nº4 (Dezembro, 2007), p.267-274. ISSN 0883-9441. Acedido em: 28/12/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18086396>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) – World Alliance for Patient Safety Forward program 2006-2007. **World Health Organization**. [em linha]. 64p. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012) – **Investigação em Segurança do Paciente/Doente - Curso Introductório Sessão 7: Traduzir a evidência em Cuidados de Saúde mais Seguros**. [em linha]. 50p. Acedido em: 29/01/2013. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao7_PT.pdf.
- ZENG, Zhen et al (2012) – A simulation study to improve quality of Care in the emergency department of a Community hospital. *Journal of Emergency Nursing* [em linha]. Vol.38. nº4 (Julho, 2012), p.322-328. ISSN 1527-2966. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963136>.

Legislação:

DECRETO-LEI n.º 74/2006. **D.R.I Série.** 60 (25-03-2006) 2242-2257.

DECRETO-LEI n.º 161/96, **D:R:I Série.** 205 (04-09-1996) 2059-2062, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, **D.R.I Série** 205 (21-04-1998) 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 353/99, **D.R.I Série.** 206 (03-09-1999) 6198-6201.

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE (2013) – Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde. **Direcção-Geral da Saúde** [em linha]. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.

DESPACHO n.º 5414/2008. **D.R.II Série.** 42 (28-02-2008) 8083-8085.

DESPACHO n.º 727/2007. **D.R.II Série.** 10 (15-01-2007) 1123-1224.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Características dos artigos integrantes da amostra final da revisão sistemática da literatura sobre indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI

Tabela 1. Características dos artigos selecionados

Autor (es)/ ano	Participantes	Intervenções	Resultados (outcomes)	Tipo de Estudo
Souza et al (2006)	32 Clientes após alta da UTI em condição de narrar a sua hospitalização	Para descrever a percepção do cliente em relação a sua hospitalização na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), os participantes responderam a um questionário com 4 perguntas abertas. Tratamento dos dados através de análise de conteúdo.	A hospitalização na UTI foi percebida pelos clientes sob dois aspetos:- a UTI é um local seguro e organizado – fator positivo; - o ambiente da UTI é gerador de <i>stress</i> e tensão – fator negativo. Em relação aos fatores que mais incomodam os pacientes na UTI foi dado ênfase à presença de: <i>barulho de pessoas e aparelhos, dificuldade em dormir, distância da família, ambiente frio e excesso de iluminação, presença de tubos e sondas, banho e eliminação no leito, ambiente isolado e dor</i> . Os fatores físicos e ambientais são os de maior incômodo para os clientes. O <i>stress</i> gerado pelas atividades e o ambiente da UTI descrito pelos clientes, destaca a relevância de avaliar indicadores de qualidade de enfermagem subjetivos em terapia intensiva.	Qualitativo
Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D. (2007)	85 Enfermeiros, representantes de 60 hospitais públicos e privados.	Para selecionar indicadores de qualidade e permitir que as instituições pudessem estabelecer níveis internos e externos de comparabilidade e, também, com as publicações internacionais, a respeito de indicadores de qualidade de enfermagem, os participantes foram divididos aleatoriamente em 5 equipas. Cada equipa fez uma lista dos indicadores de enfermagem que estavam a ser utilizados pelos hospitais e também aqueles que eram considerados relevantes. Dos indicadores selecionados, foram escolhidos 6. Cada grupo preencheu um roteiro preestabelecido para cada indicador e realizou a sua clarificação e uniformização. Os indicadores selecionados foram apresentados de acordo com a estrutura do CQH: 1. <i>Definição</i> ; 2. <i>Fórmula para cálculo</i> ; 3. <i>Responsável pelo dado</i> ; 4. <i>Frequência de levantamento</i> ; 5. <i>Dimensão da coleta</i> ; 6. <i>Observações</i> ; 7. <i>Correlações e subsídios para tomada de decisão</i> .	<u>Indicadores selecionados:</u> • Incidência de queda de paciente – Avaliado mensalmente em todas as unidades da instituição. • Incidência de extubação acidental – Avaliado mensalmente nas unidades de cuidados intensivos (UTIAulto, UTIPediátrico e UTINeonatal) • Incidência de perda de sonda naso/orogástrica – Avaliado mensalmente em todas as unidades da instituição • Incidência de úlcera de pressão – Avaliado mensalmente em unidades de cuidados intensivos (UTI) • Incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem Avaliado mensalmente em todas as unidades da instituição. • Incidência de flebite – Avaliado mensalmente em todas as unidades da instituição. • Horas de Enfermeiro/Cuidado semi-intensivo – Avaliado mensalmente nas unidades de cuidados semi-intensivos. • Horas de Enfermeiro e/ou Auxiliares de Enfermagem/Cuidado semi-intensivo – Avaliado mensalmente em unidades de cuidados semi-intensivos. • Horas de Enfermeiro/Cuidado intensivo Avaliado mensalmente em unidades de cuidados intensivos (UTI). • Horas de Técnicos de Enfermagem/Cuidado intensivo Avaliado mensalmente em unidades de cuidados intensivos (UTI) • Horas de Enfermeiro/Cuidado Mínimo e Intermediário – Avaliado mensalmente em unidades de cuidados mínimos e intermédios.	Quantitativo, descritivo-exploratório
de Vos et al (2007)	Para identificar quais os indicadores de qualidade a utilizar em UCI, foi constituído um painel de peritos em UCI, composto por 1 enfermeira de UCI, 7 médicos (internos, residentes, anestesistas e cirurgiões) e 2 investigadores científicos.	Para desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade em UCI (de estrutura, processo e resultado), capazes de medir a qualidade dos cuidados e a viabilidade do registo, foram definidas 3 etapas: 1. <u>Revisão da literatura</u> : revisão de artigos de 2000 a 2005, que descrevessem indicadores de estrutura, processo e resultado 2. <u>Constituição de painel de peritos multidisciplinares</u> Reuniu mensalmente: analisou os indicadores dos	O conjunto de indicadores de qualidade em UCI deve ser dinâmico. Um indicador que não contribua para a melhoria da qualidade deve ser descartado, por outro mais relevante. Foram definidos 12 indicadores: • Estrutura – disponibilidade de intensivista na UCI (av. por hora); rácio de doentes por enfermeiro (medido 3x dia – turno manha, tarde e noite); presença de estratégia/protocolo de prevenção de erros terapêuticos; presença de instrumento de avaliação da satisfação do doente/família; • Processo – duração da estadia na UCI em relação com o n.º total de doentes com alta; duração da ventilação mecânica em comparação com o número total de doentes ventilados; número de transferências do doente entre serviços; percentagem de dias da	Misto

	artigos de investigação; selecionou os indicadores da sua experiência profissional e construiu um questionário com escala de likert para avaliar a fiabilidade e a relevância do indicador para a qualidade dos cuidados 3. <u>A viabilidade dos indicadores</u>. Testada através da sua utilização em 33 UCI's. durante 6 meses de aplicação.	unidade com todas as camas ocupadas; percentagem de níveis de glicémia superior a 8.0mmol/L ou abaixo de 2.2mmol/L em comparação com o número total de avaliações; • Resultado – Taxa de Mortalidade (APACHE II); número de extubações não planeadas, taxa de incidência de úlcera de pressão.	
Franco et al (2010)	19 Enfermeiros supervisores e coordenadores, que pertenciam à prática de cuidados Foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário com 21 questões fechadas, com intuito de conhecer e analisar o perfil da população de enfermeiros da instituição estudada e a perceção dos mesmos em relação à cultura organizacional, a utilização das ferramentas da qualidade como apoio à gestão setorial e estratégia global da instituição, interrelacionando os resultados obtidos com a melhoria da assistência.	O indicador de maior relevância para a melhoria da prática assistencial foi o indicador de índice de falhas técnicas de enfermagem, em 2º, índice de eventos adversos graves, em 3º sistema de classificação do paciente, em 4º, índice de lesão de pele, em 5º, foi apontado o índice de satisfação dos pacientes e em 6º, índice de falhas de anotação de enfermagem. 58% dos participantes concordou fortemente que as ferramentas da qualidade implantadas no serviço de enfermagem são facilitadoras para implementação das ações de melhoria. 100% dos enfermeiros acredita na utilização das ferramentas da qualidade como facilitadores para a implementação das ações de melhoria	Quantitativo, descritivo-exploratório
Padilha; Matsuda (2011)	50 Pacientes que permaneceram mais de 3 dias (72 horas) internados em UTI-Adultos O instrumento de colheita de dados consistiu num formulário onde constava o Roteiro para Auditoria Operacional elaborado pela Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina-PR com 8 itens e 65 subitens. A Auditoria Operacional teve a duração média de 30 minutos por paciente e consistiu na observação das condições materiais e dos equipamentos utilizados pelo paciente; na realização de exame físico e, quando necessário, consulta do seu prontuário. Para determinar a qualidade dos cuidados foi realizado o cálculo da Frequência Relativa das respostas positivas obtidas para todos os itens e subitens do roteiro, a fim de identificar o Índice de Positividade (IP). A partir do IP foi realizada a classificação dos itens e subitens classificando o cuidado de acordo com o IP obtido, em: IP de 100% - cuidado desejável; IP entre 90 e 99% - cuidado Adequado; IP entre 80 e 89% - cuidado Seguro; IP entre 70 a 79% - cuidado Limitrofe e IP abaixo de 70% - cuidado Sofrível. Para fins deste estudo foram considerados de qualidade somente os itens do Roteiro de Auditoria Operacional que apresentaram IP igual ou superior a 70% (IP≥70%).	Dos cuidados de enfermagem executados na UTI apenas os itens III – Segurança Física e VII – Utilização de Equipamentos obtiveram IP igual ou superior a 70% e considerados de qualidade. “A presença de campanha ao alcance do paciente”; a “limpeza do ambiente”; “presença de objetos limpos acumulados na box” e “presença de objetos com sujidades acumulados na box” são indicadores avaliados nesses itens. Em relação ao subitem “limpeza do ambiente”, observou-se, a presença de sujidade na bancada; no monitor, nos cabos de monitorização e no ventilador do doente. Dentro dos objetos limpos observados em excesso, destacam-se os de uso coletivo (pomadas; rolos de adesivo). Existe excesso de materiais nas caixas de apoio presentes nas boxes (luvas, sondas de aspiração, pacotes de gaze, agulhas, seringas, fitas para verificação de glicemia) que deveriam ser na quantidade necessária. Neste estudo os cuidados concernentes à utilização de equipamentos foram considerados de qualidade referentes à utilização correta dos equipamentos como oxímetro de pulso, transdutores de pressão (venosa, abdominal e cerebral), entre outros que são utilizados na monitorização dos pacientes. No item I Higiene e Conforto (IP=68%) apresentou cuidados de qualidade nos subitens: “aparelho das unhas dos pés e mãos”; “realização de tricotomia facial” e “correto posicionamento do paciente na cama” são atividades realizadas para melhorar as condições de aparência, higiene e conforto, tidas como técnicas básicas de enfermagem. Hidratação (IP=66%), o qual apresentou cuidados de qualidade nos seguintes subitens: “troca dos equipos [sistemas] de microgotas a cada 72 horas”; “identificação correta dos equipos de soro/medicações”; “identificação completa e correta do soro/medicações instalados”; “identificação das punções venosas periféricas realizadas” e “troca das punções venosas periféricas a cada 72 horas”.	Estudo do tipo descritivo, observacional e de análise documental, com abordagem quantitativa.

Os dados foram recolhidos pelos investigadores dos instrumentos de gestão utilizados pela chefia de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, publicados mensalmente.

Para identificar e analisar o tempo médio de assistência de Enfermagem despendido aos pacientes internados na UTI Adultos, de 1/1/2008 a 31/12/2009 e verificar a correlação com os indicadores de qualidade assistencial. Dados mensalmente dos instrumentos de gestão da chefia de Enfermagem: Planilha de cálculo do tempo médio de cuidado de Enf., e Planilha para a obtenção de dados dos indicadores de qualidade de Enf., após aprovação do Comité de Ética.

Indicadores inerentes ao contexto da terapia intensiva: **incidência de perda de sonda nasogastroenteral para aporte nutricional, incidência de perda de cateter venoso central, incidência de extubação acidental e incidência de úlcera por pressão.** O tempo de assistência de Enfermagem despendido por enfermeiros e o indicador de qualidade incidência de extubação acidental apresentaram valor do coeficiente de correlação de Pearson negativo, indicando que a incidência de extubação acidental diminui à medida que aumentam as horas de assistência de Enfermagem despendidas por enfermeiros. Não foram evidenciadas correlações com significância estatística nos restantes indicadores avaliados pelo estudo.

Apêndice II

Póster apresentado nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem UCP-ICS Lisboa:

Nursing quality indicators for intensive care patient: literature review.

NURSING QUALITY INDICATORS FOR INTENSIVE CARE PATIENT

Literature Review

Daniela Filipa F. Dias, Master student at Catholic University of Portugal; Perioperative nurse in Hospital Garcia de Orta.
Helena José, PhD - Professor at Catholic University of Portugal

Introduction

The evaluation of the results of the nursing practice and the development of a systematic evaluation process has been a priority for improvement of the patient's health and the quality of nursing care.

The nursing quality indicators reflect the unique contribution of nursing care for the population health. These measure how nurses conceive, act and evaluate their professional action and their autonomous decision process.

Method

The aim of this Literature review was to identify and collate evidence around the question:

What are the nursing quality indicators for intensive care patient?

The date of publication of the studies surveyed was from January 2003 to January 2013, publish interval of ten years. The studies were selected according to the PICOS approach. The search began in December 2012 until January 2013 with specific inclusion criteria for participants, intervention and design (Table 1).

Electronic databases and online search platforms with date restriction were browsed, using english keywords, as well as Bibliomed, Intelihealth, Joanna Briggs Institute, Cochrane Database of Systematic Review e Catholic Portuguese University Library, without success. The references of selected studies were searched.

The research, narrowed by title, resulted in the identification of 29 potential articles, which after reading, 6 constituted the final selection (Scheme 1).

Selection Criteria	Inclusion criteria
Participants	ICU nurses; ICU adult patients (+18 years old).
Interventions	Nursing care for ICU adult patient.
Design	Qualitative/Quantitative approach; Empirical studies; Full text; Peer review studies.

Table 1 – Inclusion criteria for studies.

Search in	Results
EBSCOhost	83
PubMed	80
SciELO	9
LILACS	5
b-on	7

Studies included in the review:

1. Souza et al (2006) – Application of subjective quality indicators in Intensive Care (Brazil);
2. Mota et al (2007) – Building nursing quality indicators: report on the experience of the Hospital Quality (Brazil);
3. VOS, M. et al (2007) – Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? (Netherlands);
4. FRANCO, J. et al (2010) – Nurses' perception on the results of quality indicators for the improvement of professional practice. (Brazil);
5. PADILHA, E. e MATSUDA, L. (2011) – Quality of nursing care in intensive therapy: evaluation through operational auditing (Brazil);
6. GARCIA, P. e FUGULIN, F. (2012) – Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis (Brazil).

Scheme 1 – Studies in final selection.

Results

After the analysis, 30 nursing quality indicators for ICU patient and for the improvement of the nursing care quality were identified.

The resulting quality indicators can be sorted in structure, process or result indicator as follows:

- 10 items relating to conditions/features in the ICU department such as their physical infrastructure, professionals and users;
- 6 process quality indicators depicting the organization of the ICU nursing care;
- 14 quality indicators of results, these are in greater numbers than the others, confirming the need to assess the effective results of nursing care and identify the unique contribution of nursing care for the population's health. All studies of the final sample contributed indicators for this category.

Structure	Process	Result
ICU Nurse/Nursing assistants hours	Adequate use of the equipment	Effectiveness rate of comfort/hygiene: -presence of people sound and equipment noise, difficulty sleeping, cold environment and excessive lighting, presence of tubes and probes, bath and bed disposal, pain, not trimming of toenails and hands; no facial shaving and incorrect patient bed positioning.
Calculation of the number of patients per nurse (3x day)	Substitution of the IV administration set every 72 hours	Effectiveness rate of presence of stress/tension cause by family distance or isolated environment
Presence of therapeutic error prevention protocol	Correct identification of the IV administration set	Effectiveness rate of presence of pain
Presence of patient/family satisfaction assessment tool	Correct identification of the serum/medication in the IV administration set	Incidence rate of the patient fall
Presence of patient classification system	Correct identification of of peripheral venous puncture performed	Incidence rate of accidental/unplanned extubation
Presence of: Bell next to the bed patient; clean accumulated objects in the box of the patient; objects with dirt accumulated in the box of the patient; excess in observed clean objects; excess materials in patient unit.	Change peripheral venous puncture location every 72 hours	Incidence rate of loss of naso/orogastric tube
		Incidence rate of loss of central venous catheter
		Incidence rate of pressure ulcers/skin injury
		Incidence rate of therapeutic errors related to drug delivery by nursing
		Incidence rate of phlebitis
		Patient satisfaction index
		Index of nursing technical failures
		Serious adverse events index
		Nursing annotation faults

Scheme 2 – Nursing quality indicators for intensive care patient.

Discussion

30 nursing quality indicators for ICU patient for improve the nursing care quality were identified. These reflect the autonomous dimension of nursing care and the resources needed to guarantee a safe and quality nursing environment. The identification and assessment of these indicators allows the implementation of continuous nursing care improvements.

The indicators that emerged fit on the follow nursing care dimensions proposed by Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nursing Council): health promotion, prevention of complications, wellness and self-care, functional rehabilitation, satisfaction, indicators relating to the individual (and person); Group (family and community) and environment (natural and artificial), rates of complications and accidents (2004).

The existence of this type of indicators requires the existence in the ICU of instruments, strategies and protocols that allow the implementation and monitoring of these indicators. Initially, the units have to create these instruments and then proceed to their assessment, only possible with the involvement of all professionals.

Conclusion

The indicators that emerged from this process should be understood as a starting point for a specific reflection on each nursing care context.

It is suggested, the need to make a clarification of each concept in International Classification for Nursing Practice (ICNP) to identify the specificity of each indicator and consequently, their assessment, enabling the comparison of results.

References

- FRANCO, J. et al (2010) – Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 63, p. 809-812.
- GARCIA, P. e FUGULIN, F. (2012) – Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis. *Revista latino-americana de enfermagem*, Vol. 20, p. 653-658.
- MOTA, R. et al (2007) – A construção de indicadores de qualidade da enfermagem: relatório da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, Vol. 9, p. 9-15.
- OLIVEIRA, D. et al (2008) – Projeto dos Padrões de Qualidade das Unidades de Enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Vol. 58, p. 38-41.
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2002) – *Divulgar: Padrões de Qualidade das Unidades de Enfermagem*. 3.ª Edição dos enfermeiros, Lisboa.
- ORDEN DOS ENFERMEIROS (2004) – *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem*. Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, nº13, p. 2-6.
- ROCHA, L. e MATSUDA, L. (2011) – Qualidade das unidades de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 64, p. 884-895.
- SOUSA, C. et al (2006) – Aplicabilidade de indicadores de qualidade subjetivos em Terapias Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 59, p. 201-205.
- VOS, M. et al (2007) – Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? *Journal of Critical Care*, Vol. 22, p. 267-274.

Apêndice III

Análise SWOT ao SUG do HGO

Esquema 2. Análise SWOT ao SUG do HGO

Strengs (Forças)

- Interesse do Enf.Chefe, Coordenação, chefes de equipa e restante equipa de Enfermagem;
- Equipa de Enfermagem jovem, dinâmica e receptiva a novos projetos;
- Existência de momentos de formação à equipa de Enfermagem e sua distribuição no horário;
- Existência de plano diário com a distribuição dos enfermeiros pelos vários setores do SU;
- Existência de plano semanal com a distribuição dos enfermeiros pelos vários setores do SU nas agendas das respetivas equipas;
- Informatização dos Processos dos doentes ALERT (SU - ambulatório);
- Informatização dos Processos dos doentes (SAPE) e utilização da linguagem CIPE (SU-Internamento);
- Equipas de Enfermagem organizadas por modelo multifuncional.

Weaknesses (Fraquezas)

- Recursos humanos ao nível do pessoal de Enfermagem limitados;
- Absentismo dos enfermeiros influenciando o plano de distribuição diário/semanal, com respeito pelo rácio mínimo de profissionais necessários ao funcionamento do SU;
- Saída dos enfermeiros do SU e necessidade de integração dos novos elementos;
- Não adesão dos enfermeiros ao projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem;
- Imprevisibilidade do fluxo de doentes do SU;

Opportunities (Oportunidades)

- Continuidade das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação CHKS e Política de Qualidade do HGO;
- Identificação dos indicadores de qualidade de enfermagem do SU
- Avaliação da taxa de incidência de úlceras de pressão nos doentes que recorrem ao SU;
- Avaliação da taxa de úlceras de pressão

Threaths (Ameaças)

- Alta tardia do SU para o domicílio;
- Transferência tardia para o serviço de internamento;
- Limitação dos recursos materiais e financeiros disponíveis na instituição;
- Aumento do número de doentes que recorre ao SU;
- Fatores pessoais e profissionais dos enfermeiros dinamizadores.

Apêndice IV

Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência

Regente do Estágio: Professora Patrícia Pontífice de Sousa
Orientadora do Local de Estágio: Enfermeira Miriam França

Daniela Dias nº 192012003
Turma 6, 1ºano
Ano letivo: 2012/2013

Junho de 2013

O interesse de trabalhar a temática dos indicadores de qualidade de enfermagem no serviço de urgência surgiu pelo facto desta ser atual e relevante para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e de ter aprofundado alguns conhecimentos neste domínio específico dos indicadores de qualidade ao longo da minha experiência profissional e formativa. Neste sentido, *Definir os indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Geral do HGO (ambulatório)*, constituiu-se um dos objetivos específicos do estágio a decorrer no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta.

A necessidade de avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem e desenvolver sistemas de monitorização contínua da qualidade é prioritária para a melhoria dos cuidados de saúde aos cidadãos e para a enfermagem atual. Assiste-se na população portuguesa a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadãos, com aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde. Assim, todas as atenções estão centradas nos resultados e na utilização adequada dos recursos disponíveis, pelo que as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem-se como um atributo essencial, revelando-se uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos (Oliveira *et al*, 2008). É neste sentido, que a existência de um programa de melhoria contínua da qualidade, através da avaliação de indicadores, assume particular relevância. A Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), a Ordem dos Enfermeiros, o Departamento da Qualidade na Saúde e a Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde salientam, do mesmo modo, a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

A *qualidade dos cuidados de enfermagem – projetos, indicadores e critérios* é identificada como uma área prioritária da investigação em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O enfermeiro tem o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (Ordem dos Enfermeiros, 2002), realizando um exercício de reflexão sistemática sobre as suas práticas. Os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002) norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade (Oliveira *et al*, 2008). Do mesmo modo, o Regulamento das competências comuns do

enfermeiro especialista define no Domínio da melhoria da qualidade três competências do enfermeiro especialista: “a) *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.3). Para cada uma destas competências, o mesmo documento, explana as unidades de competência e os seus critérios de avaliação. Destaco de seguida, algumas unidades de competência que considero serem aplicáveis na justificação do desenvolvimento deste projeto no estágio de EEMC, nomeadamente: *inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria.* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Os indicadores, segundo Pereira (2009), podem ser entendidos como “*medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde*” (p.54). Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, que decorre da sua tomada de decisão autónoma. Estes indicadores deverão contemplar a estrutura (medir aspetos relativos aos recursos materiais disponíveis para a assistência, os recursos humanos e as características organizacionais), o processo (referente à prestação de cuidados) e os resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde, satisfação, medem a demonstração dos efeitos da combinação de fatores envolventes, da estrutura e processos nas condições dos indivíduos) (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Pereira, 2009). A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem tem de conseguir responder à complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e, muitas vezes, intangibilidade, dos cuidados, além de superar a sua dependência contextual e influência interativa da estrutura, do processo e dos resultados de todo o projeto de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No momento atual, a Ordem dos Enfermeiros lança o desafio a todos os enfermeiros para que definam os indicadores de qualidade para os seus contextos, de modo a trazer visibilidade aos cuidados de Enfermagem e compreender a sua influência na saúde das

populações. Neste sentido, surge a pertinência de elaborar um projeto para identificar os indicadores de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem no contexto específico da prestação de cuidados ao doente adulto a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica.

Importa salientar que as oportunidades de melhoria da qualidade não são apenas identificadas pela existência e monitorização de indicadores, pressupõe também o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade.

A pesquisa decorreu durante o mês de Maio de 2013 através de plataformas de pesquisa e bases de dados *on-line* (EBSCOhost, PubMed, SciELO, b-on, LILACS) utilizando a língua inglesa, sem restrição de data de publicação. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: *nurs* AND quality assessment (OR quality indicator OR quality indicators OR nursing audit OR quality improvement) AND emergency* Alguns destes termos integram os conceitos *MeSH* e *qualifers* e foram progressivamente adicionados, numa lógica de refinamento da pesquisa Foram identificados por título 36 artigos, que após leitura integral, 9 constituíram a seleção final.

Da análise crítica dos artigos resultam um total de 28 indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Destes, 14 são indicadores de estrutura, 2 são indicadores de processo e 12 de resultado.

Esquema. Indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência

Indicadores de Estrutura



- Número de enfermeiros no SU (Zeng et al, 2012);
- Número de enfermeiros especialistas no SU (Perry, 2011);
- Número de profissionais que compõem o SU por categoria (Swan, 2008);
- Número de horas de enfermagem por doente (Swan, 2008);
- Número de horas de enfermagem com doentes (Swan, 2008);
- Número de horas de formação dos enfermeiros (McHug et al, 2012);
- Necessidade de rendições de enfermagem (*turnover*), turnos extraordinários e horas extra (Swan, 2008);
- Existência de escala mensal dos enfermeiros (Lima e Santos, 2011);
- Existência de distribuição diária dos enfermeiros por postos de atendimento (Lima e Santos, 2011);
- Presença de instrumento de avaliação da satisfação do doente/família (Swan, 2008, Johansen, 2012);
- Presença de instrumento de avaliação da satisfação dos enfermeiros (Swan, 2008);
- Presença de instrumento para referência de doentes vulneráveis ou doentes da área da saúde mental (Loveridge, 2002);
- Presença de sistema de triagem (Silva e Matsuda, 2012; Harding et al, 2013);
- Presença de enfermeiro na triagem (Silva e Matsuda, 2012).

Indicadores de Processo



- Gestão dos recursos materiais de acordo com o fluxo de atividade (reposição de fármacos, equipamentos, dispositivos, sala de reanimação pronta a receber doentes) (Santos e Lima, 2011);
- Gestão das macas disponíveis para doentes mais debilitados (Santos e Lima, 2011).

Indicadores de Resultado



- Taxa de incidência de queda (Swan, 2008, Perry, 2011; Johansen, 2012);
- Taxa de incidência de queda com lesão (Swan, 2008);
- Taxa de incidência de infeção nosocomial (Perry, 2011; Johansen, 2012);
- Taxa de infeção associada ao ventilador, cateter central, algália (Swan, 2008);
- Taxa de incidência de úlcera de pressão adquirida no hospital (Loveridge, 2002; Swan, 2008; Perry, 2011; Johansen, 2012);
- Taxa de incidência de complicações (Perry, 2011);
- Comunicação com o doente/família:
 - Número de visitas (Swan, 2008);
 - Número de informações disponibilizadas (Swan, 2008);
- Número de eventos adversos (Silva e Matsuda, 2012);
- Número de aconselhamentos para a saúde realizados (Swan, 2008);
- Taxa de incidência de dor (Swan, 2008; Johansen, 2012);
- Taxa de utilização de uso de contensão física nos doentes (Swan, 2008).

O indicador taxa de incidência de úlcera de pressão adquirida no hospital constituísse objeto de uma análise mais detalhada, através do desenvolvimento de um projeto de intervenção para o SUG do HGO.

Referências bibliográficas

DECRETO-LEI n.º 74/2006. **D.R.I Série.** 60 (25-03-2006) 2242-2257.

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE (2013) – Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde. **Direcção-Geral da Saúde** [em linha]. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.

HARDING, Andrew et al (2013) – A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. **Journal of Emergency Nursing.** [Em linha]. Vol.39. nº3 (Maio, 2013). p.252-264. ISSN 0099-1767. Acedido em: 3/05/2013. Disponível em: http://www.girardslaw.com/olibrary/ED_Nurse_Competency_Framework_2013.pdf.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA (2013a) – **Caracterização do Serviço de Urgência Geral (SUG).** [Em linha]. Acedido em: 24/04/2013. Disponível em: <http://galatea/Paginas/Area%20Clinica/Urgencia-Geral.aspx?MenuID=H48>.

INTERNATIONAL COUCIL OF NURSES (2013) [Em linha]. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em: <http://www.icn.ch/>.

JOHANSEN, Mary (2012) – Conflicting priorities: emergency nurses'perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. **Journal of Emergency Nursing.** [Em linha]. Versão EPub. Acedido em: 04/05/2013. Disponível em: <http://www.jenonline.org/article/S0099-1767%2803%2900346-5/pdf>.

LOVERIDGE, Nancy (2002) – Benchmarking as a quality assessment tool. **Emergency nurse.** [Em linha]. Vol. 9. nº9 (Fevereiro, 2002). p.24-39. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://emergencynurse.rcnpublishing.co.uk/archive/article-benchmarking-as-a-qualityassess-ment-tool>.

MCHUGH, Megan et al (2012) – Time and expenses associated with the implementation of strategies to reduce emergency department crowding. **Journal of Emergency Nursing.** [Em linha]. Vol. 38. nº5 (Setembro, 2012), p.420-428. ISSN: 1527-2966. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0099176711003485/1-s2.0-S0099176711003485-main.pdf?_tid=e1995382-cd66-11e2-becc-00000aab0f27&acdnat=1370385433_e6af64c1_ffa5f16_df3b03c8be167533.

MEZOMO, João (2001). **Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos.** Brazil: Diversos. ISBN 9788520412633.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, D. et al (2008) – Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. **Revista da Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 28 (Março, 2008), p.36-41.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** [S.1]: Ordem dos enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. **Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. nº13 (Julho,2004), p.2-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. **Ordem dos Enfermeiros.** [em linha]. Acedido em: 20/01/2013. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_IndicadoresVFOut2007.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN 9789898269065.

PERRY, Andrea (2011) – The clinical nurse leader: improving outcomes and efficacy in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**. [Em linha]. Vol.39. nº 4 (Dezembro, 2011), p. 334-339. ISSN 1527-2966. Acedido em: 02/05/2013. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/51849958_The_Clinical_Nurse_Leader_Improving_Outcomes_and_Efficacy_in_the_Emergency_Department.

PETRONILHO, Fernando (2009) – Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. **Revista sinais vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 82 (Janeiro, 2009), p. 35-43.

SANTOS, José e LIMA, Maria (2011) – Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Em linha]. Vol.32. nº4 (Dezembro, 2011), p.695-702. ISSN 1983-1447. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19446>.

SILVA, Larissa e MATSUDA, Laura (2012) – Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência, cuidado e saúde**. [Em linha]. Suplemento nº11(Janeiro-Março, 2012), p.121-128. ISSN 1516-1803. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2.pdf>.

SWAN, Beth (2008) – Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. **Nursing Economics**. [Em linha]. Vol.26. nº3 (Maio-Junho, 2008), p.195-201,205. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18616060>.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2008). – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral**. Lisboa.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2013) – **Guia de Estágio: Curso de mestrado em enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica**. Lisboa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012) – **Investigação em Segurança do Paciente/Doente - Curso Introdutório Sessão 7: Traduzir a evidência em Cuidados de Saúde mais Seguros**. [em linha]. 50p. Acedido em: 29/01/2013. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao7_PT.pdf.

ZENG, Zhen et al (2012) – A simulation study to improve quality of Care in the emergency department of a Community hospital. **Journal of Emergency Nursing** [em linha]. Vol.38. nº4 (Julho, 2012), p.322-328. ISSN 1527-2966. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963136>.

Apêndice V

Indicador de Qualidade: incidência de úlceras de pressão no Serviço de Urgência:
Planeamento de projeto de intervenção

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Indicador de Qualidade: incidência de úlceras de pressão no Serviço de Urgência

Planeamento de projeto de intervenção

Regente do Estágio: Professora Patrícia Pontífice de Sousa
Orientadora do Local de Estágio: Enfermeira Miriam França

Daniela Dias nº 192012003
Turma 6, 1ºano
Ano letivo: 2012/2013

Junho de 2013

Foram identificados os seguintes indicadores de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Geral do HGO (ambulatório), após a realização da revisão bibliográfica.

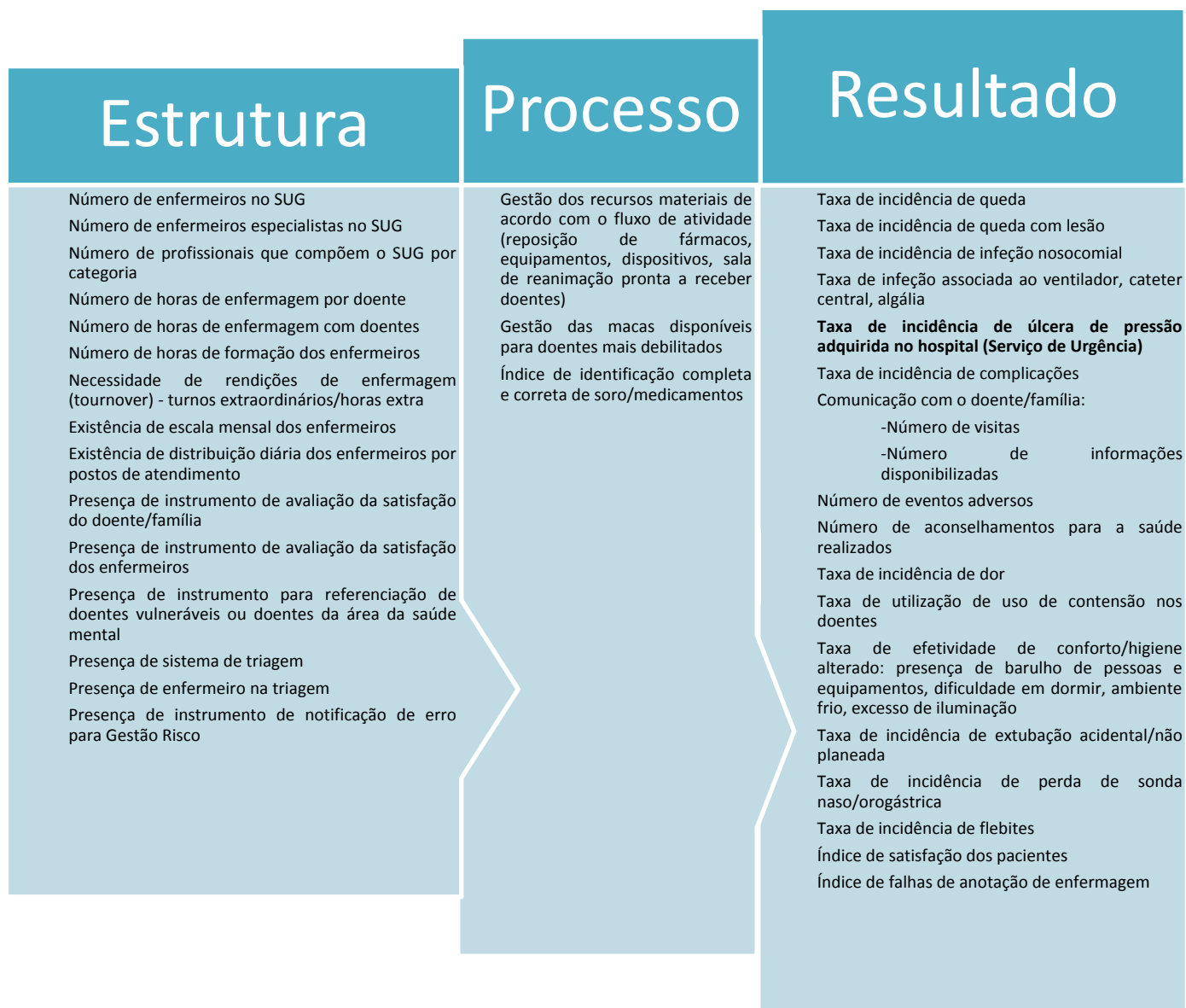


Figura 1 – Indicadores de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Geral do HGO (ambulatório).

Realizou-se no dia 3 de Junho uma reunião com o enfermeiro chefe do SUG do HGO com o objetivo principal de apresentar os indicadores de qualidade para os cuidados de enfermagem do serviço de urgência (ambulatório). Após a análise dos diversos indicadores propostos, decidiu-se que seria importante desenvolver um projeto para a avaliação do indicador ***incidência de úlcera de pressão adquirida no Serviço de Urgência***.

Úlcera de pressão, foco de atenção da prática de enfermagem

A úlcera de pressão, segundo a definição internacional do EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)/NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), é uma lesão localizada da pele e/ou tecido Subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EPUAP, 2009). Saliento a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, operacionalizada no HGO através da aplicação informática SAPE, definida como “úlceras: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (ICN, versão 2, 2011). As úlceras de pressão segundo o Sistema de classificação das úlceras de pressão NPUAP/EPUAP podem ser divididas em quatro categorias: *Categoria I – eritema não branqueável em pele intacta; Categoria II – perda parcial da espessura da pele ou flictena; Categoria III – Perda total da espessura da pele (Tecido Subcutâneo visível); Categoria IV – Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis).*

As úlceras de pressão podem ocorrer em todos os níveis de cuidados em situações de mobilidade e atividade diminuídas. São consideradas um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, tendo vindo a merecer destaque económico e político devido aos seus encargos financeiros e ao défice de qualidade de vida por eles criado, quer para o indivíduo portador da úlcera de pressão, quer para a própria sociedade (Ferreira et. al, 2007). A existência de uma úlcera de pressão implica um processo marcado pela dor, desconforto físico, psicológico e com impacto emocional para o doente e sua família (Pereira e Soares, 2012). Neste sentido, existem custos intangíveis associados a sentimentos de angústia, preocupação, revolta, injustiça, depressão e cansaço, os quais concorrem para a existência de sofrimento (Pereira e Soares, 2012).

A úlcera de pressão é um foco de atenção da prática de enfermagem e é reconhecida como um dos indicadores suscetíveis de indicar ganhos em saúde obtidos a partir das intervenções autónomas dos enfermeiros (Pereira e Soares, 2012). O mesmo foi identificado após a revisão bibliográfica efetuada, onde o indicador: Taxa de incidência de úlcera de pressão adquirida no Serviço de Urgência, se assume como um indicador de qualidade da prática de cuidados de enfermagem no serviço de urgência. A pessoa com úlcera por pressão pode ainda apresentar outros problemas associados, os quais são também focos de atenção da prática dos enfermeiros tal como a dor e o sofrimento (Pereira e Soares, 2012).

A obtenção de bons resultados para este indicador provém da melhoria da qualidade dos cuidados, que se baseia na criação de um sistema que aposte na formação dos profissionais, na inovação tecnológica, na melhoria dos procedimentos e na disponibilização de meios, não esquecendo, contudo, a monitorização frequente da sua efetividade (Pina et al, 2010). As oportunidades de melhoria da qualidade não são apenas identificadas pela existência e monitorização de indicadores, pressupõe também o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade. Neste sentido, considero que o envolvimento de enfermeiros especialistas e enfermeiros com funções de chefia neste projeto (Enfermeiro chefe do SUG, Enfermeiros chefes de equipa e enfermeiro responsável pela formação) pode ser uma mais-valia para a criação do clima organizacional necessário ao desenvolvimento de competências autónomas de enfermagem e à avaliação da qualidade desses cuidados. Assim sendo, será possível dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros no SUG e demonstrar a sua efetividade na melhoria dos níveis de saúde da população que recorre ao Serviço de Urgência Geral do HGO.

O enfermeiro especialista é um profissional de destaque para o acompanhamento deste projeto uma vez que o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista define no Domínio da melhoria da qualidade três competências do enfermeiro especialista: “a) *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.3). Para cada uma destas competências, o mesmo documento, explana as unidades de competência e os seus critérios de avaliação. Destaco de seguida, algumas unidades de competência que considero serem aplicáveis na justificação da monitorização deste indicador no SUG e na construção durante o estágio de Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, nomeadamente: *inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria.* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Pertinência da avaliação deste indicador para o Serviço de Urgência

Preconiza-se que o serviço de urgência seja um serviço onde após a estabilização da situação clínica do doente, o doente possa ser transferido, o mais precocemente possível para o domicílio ou para um serviço de internamento. Em Portugal, nos últimos anos, os episódios de urgência situam-se nos 11 milhões de (PORDATA, 2013). Destes, estima-se que pelo menos 50% não careçam de atendimento em SUG (Cunha, 2011) originando uma redução da eficiência do serviço de saúde devido às seguintes consequências negativas: a diminuição da qualidade dos serviços prestados aos doentes que carecem efetivamente de cuidados de urgência; o desvio de recursos humanos e a menor especialização dos mesmos em Medicina de Urgência; o atendimento inadequado a doentes que não necessitam do tipo de atendimento prestado em SUG, mas que beneficiariam provavelmente de uma abordagem mais continuada e global (Cunha, 2011). O SUG do HGO teve 67.246 admissões desde Janeiro de 2013 e, à semelhança do referido anteriormente, o seu fluxo de doentes pode potenciar situações de *overcrowding* devido à indisponibilidade de vagas nos serviços de internamento. Face a este facto, os doentes permanecem durante vários dias no SUG, em macas, enquanto aguardam transferência para os serviços de internamento ou alta para o domicílio. Neste sentido, os doentes ficam sujeitos às complicações associadas à imobilidade ou ao agravamento de condições pré existentes. A incidência ou agravamento de úlceras de pressão são uma dessas complicações e estes constituem um foco de atenção da prática de enfermagem.

A não monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG conduz à existência de alguns problemas que destaco seguidamente:

- Desconhecimento da taxa de incidência de úlceras de pressão no SUG;
- Desconhecimento do número de úlceras de pressão já existentes no momento de admissão no SUG;
- Desconhecimento da existência de complicações associadas à imobilidade prolongada no SUG;
- Dificuldade de realizar follow-up do doente em situações previamente identificadas e que seguem para o serviço de internamento;
- Não reconhecimento da necessidade de alterar as práticas de cuidados de Enfermagem.

Logo, a existência de um instrumento que permita avaliar a incidência destas complicações no Serviço de Urgência do HGO e identificar que situações já estavam presentes aquando do momento da admissão do doente, permitirá ter uma caracterização da real dimensão deste problema. Assim sendo, através da monitorização contínua deste indicador, poderá ser implementado um programa operacional que vá responder às necessidades identificadas. Algumas das estratégias poderão ser implementadas a nível direto da prestação de cuidados, por exemplo, com alterações na prática de cuidados, formação aos profissionais, mas poderá também ser necessário desenvolver estratégias situadas ao nível da gestão do SUG/HGO, como a aquisição de auxiliares de posicionamento, macas mais adequadas ou dispositivos de tratamento das úlceras de pressão. A seleção das estratégias só poderá ser realizada através da correta caracterização da incidência de úlceras de pressão no SUG através da existência de um instrumento adequado de notificação deste indicador. Atendendo que todas as atenções estão centradas nos resultados e na utilização adequada dos recursos disponíveis, as metodologias de melhoria contínua de qualidade revelam-se uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos (Oliveira *et al*, 2008).

Análise SWOT do Serviço de Urgência Geral do HGO

No sentido de complementar a análise efetuada, apresento de seguida a análise SWOT ao contexto de desenvolvimento deste indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Na análise SWOT “(...) *examinamos, conjuntamente, dimensões internas à empresa (as forças e as fraquezas), bem como dimensões externas (as oportunidades e as ameaças)*” (Ferreira *et al*, 2008, p.172). Através desta ferramenta da área da gestão é possível identificar todos os aspectos relevantes para a implementação de um projeto, produto ou análise de mercado, “(...) *tanto as situações macro-ambientais (demográficos, económicos, tecnológicos, político-legais, sócio-culturais), quanto os factores micro-ambientais (usuários, pontos de atenção, recursos materiais e humanos) que afectam directamente as acções empreendidas* (...) *eliminar os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identificam oportunidades e aguardar a mudança*” (Silva, 2010, p.6).

De seguida, apresento um esquema representativo da análise SWOT efetuada para o contexto deste projeto de intervenção:

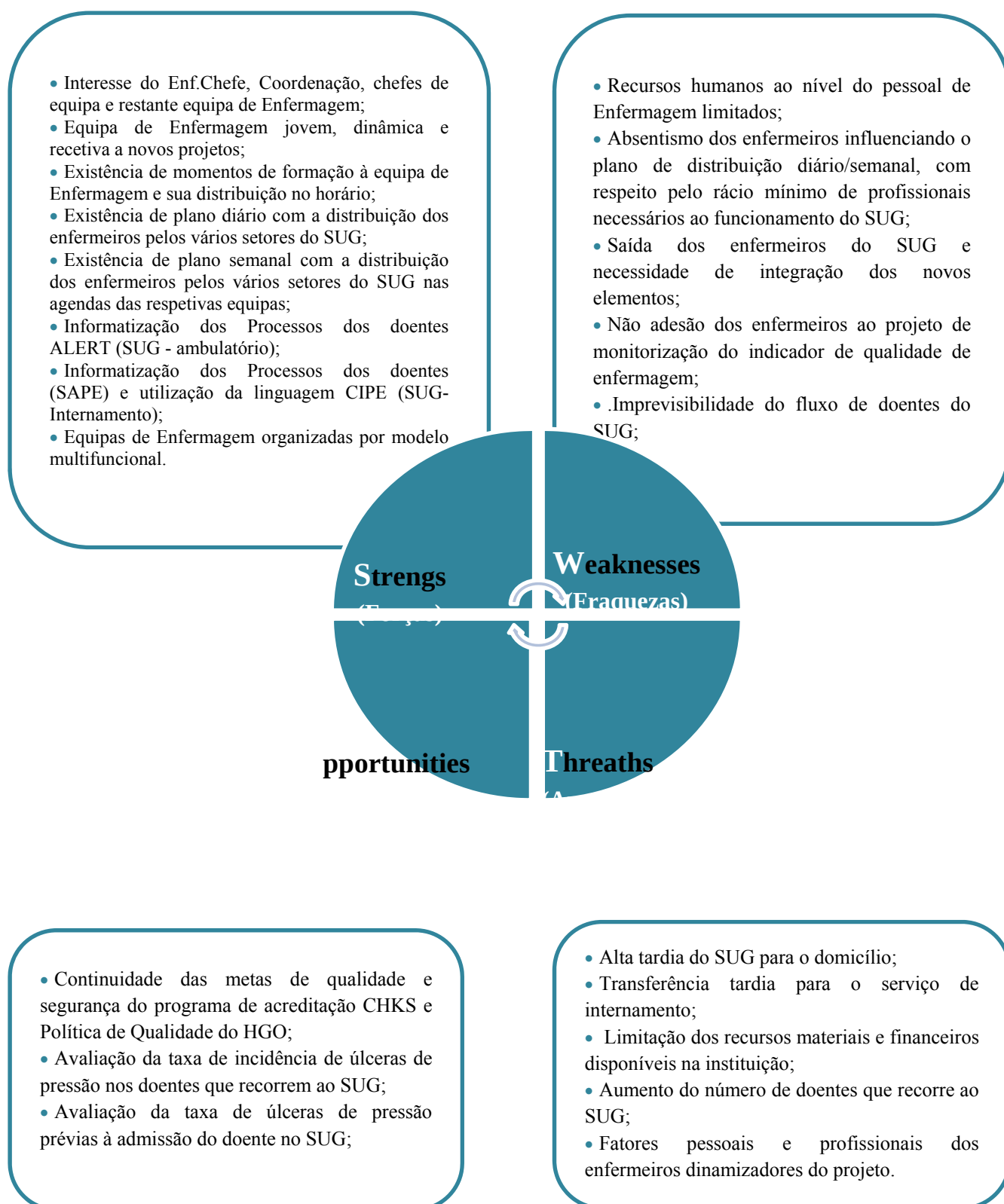


Figura 2 – Análise SWOT do Serviço de Urgência do HGO.

***Planeamento do Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem:
incidência de úlceras de pressão no SUG***

Este projeto tem como finalidade a implementação da monitorização do indicador de qualidade de enfermagem incidência de úlceras de pressão no SUG e contribuir para o processo de melhoria contínua da qualidade no Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta.

Para responder à finalidade deste projeto de intervenção, definiram-se os seguintes objetivos:

- *Planear as atividades necessárias para a implementação da monitorização do indicador de qualidade de enfermagem:*
 - *Definir os critérios e estratégias de realização;*
 - *Criar os instrumentos de registo;*
- *Consolidar os conhecimentos teóricos sobre a temática em estudo;*
 - *Realizar momentos de formação à equipa de enfermagem sobre a necessidade de avaliar este indicador de qualidade e operacionalização do instrumento de registo;*
- *Divulgar e monitorizar o projeto:*
 - *Realizar sessões de formação à equipa de Enfermagem e chefia sobre os resultados da monitorização do indicador para follow-up do projeto.*
 - *Identificar necessidades e metas de melhoria dos cuidados de enfermagem.*

As especificidades do Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG devem ser entendidas como um processo dinâmico, passível de aferir ao longo da execução do mesmo de acordo com as necessidades identificadas.

Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG

Dimensão Estudada	Adequação técnico-científica Satisfação/aceitabilidade
Unidades de Estudo	Utilizadores incluídos na avaliação: • Todos os doentes admitidos no SUG do HGO Profissionais em avaliação: • Todos os enfermeiros que prestem cuidados no SUG do HGO Período de tempo que se avalia: • Fase Pré-teste • Fase de Implementação – trimestral
Tipos de Dados	Estrutura: • Criação do instrumento de registo; • Criação de guia de apoio ao preenchimento do instrumento de registo; • Momentos de formação à equipa no âmbito da formação em serviço; • Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG. Processo: • Estrutura da Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG Resultado: • Úlcera de pressão no momento da admissão no SUG • Úlcera de pressão desenvolvida no SUG • Categoria da úlcera de pressão
Fonte de Dados	Processo Clínico: • Registos de Enfermagem (ALERT e SAPE) • Instrumento de Registo
Tipo de Avaliação	Interna: • Interpares

Critérios de Avaliação		
Critérios	Exceções	Esclarecimentos
1. Preenchimento do instrumento de registo a todos os doentes admitidos no SUG do HGO. Avaliação de presença de: - Úlcera de pressão no momento da admissão no SUG - Úlcera de pressão desenvolvida no SUG - Categoria da úlcera de pressão 2. Realizar registo no instrumento criado para esse efeito.	1. A identificar	A identificar
Colheita de dados (Quem e Quando)		
Enfermeiros do SUG		
Relação temporal		
Avaliação retrospectiva		
Seleção da amostra		
Base institucional ou populacional:		
Todos os doentes admitidos no SUG do HGO		
Intervenção prevista		
Medidas educacionais		
Formação e Sensibilização da equipa de Enfermagem o Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG em sessões realizadas no âmbito da formação em serviço.		
Mudanças estruturais:		
- Criação de Instrumento de registo para a monitorização do indicador de qualidade; - Elaboração de norma de procedimento de Enfermagem sobre o Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG com guia de apoio ao preenchimento do instrumento de registo.		
Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG		
1. Estrutura		
Existência de instrumento de registo para a monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG		

	Existência de norma de procedimento de Enfermagem sobre o Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG com guia de apoio ao preenchimento do instrumento de registo.
2. Processo	Existência de norma de procedimento de Enfermagem sobre o Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG com guia de apoio ao preenchimento do instrumento de registo
	Percentagem de enfermeiros que realizaram a formação sobre o Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG a visita pós-operatória.
3. Resultado	Percentagem de doentes com registo:
	$\frac{\text{N.º de registos}}{\text{N.º total de doentes admitidos no SUG}} \times 100$
	Taxa de efetividade da presença de úlcera de pressão no SUG, na admissão:
	$\frac{\text{N.º de doentes com úlcera de pressão na admissão}}{\text{N.º total de doentes admitidos no SUG}} \times 100$
	Taxa de incidência de úlceras de pressão no SUG:
	$\frac{\text{N.º de doentes com úlcera da pressão no SUG}}{\text{N.º total de doentes admitidos no SUG}} \times 100$
	Categorias das úlceras de pressão
	$\frac{\text{N.º de doentes com categoria I}}{\text{N.º total de doentes com úlceras de pressão}} \times 100$
	$\frac{\text{N.º de doentes com categoria II}}{\text{N.º total de doentes com úlceras de pressão}} \times 100$
	$\frac{\text{N.º de doentes com categoria III}}{\text{N.º total de doentes com úlceras de pressão}} \times 100$
	$\frac{\text{N.º de doentes com categoria IV}}{\text{N.º total de doentes com úlceras de pressão}} \times 100$

Tabela 1 – Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG

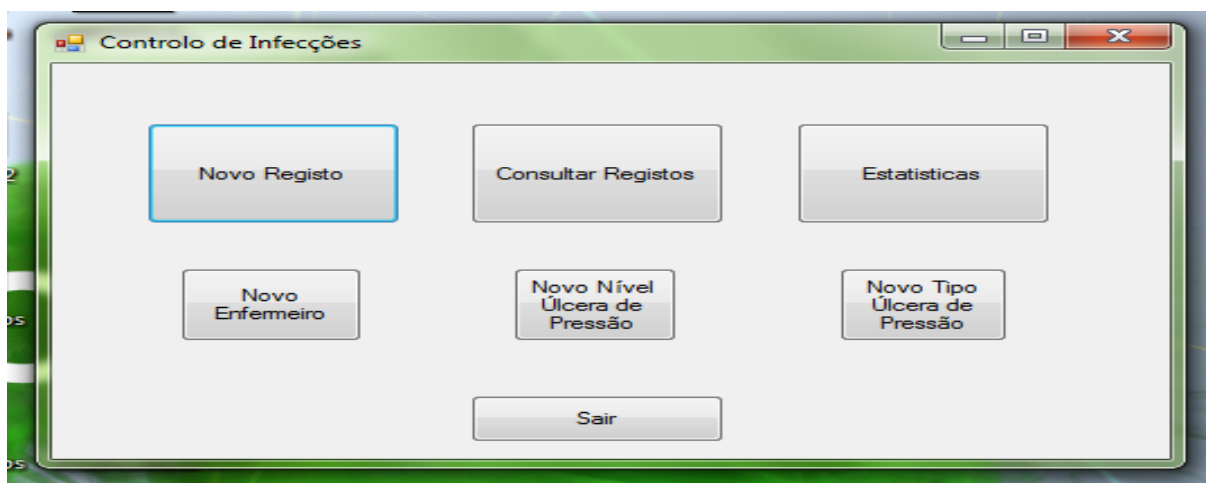
Ao longo da fase de execução deverão ser realizados vários momentos de avaliação, no sentido de acompanhar o seu desenvolvimento (avaliação *on-going*). De acordo com Guerra (2006) nesta fase “(...) pretende-se saber se os projectos de intervenção estão a atingir os grupos-alvo e se estão a assegurar os recursos e serviços previstos” (p.196) e segundo a mesma autora, devem responder a duas questões primordiais: “O projecto está a atingir a população que se visava? Os diversos modos e meios de intervenção são aqueles que estavam estabelecidos no início do projecto?” (p.196).

Na realização deste projeto de intervenção são considerados os princípios éticos inerentes à prática de cuidados de Enfermagem, conforme o disposto no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), Código Deontológico do Enfermeiro (2005), Competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2004), Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010a) e Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010b).

A realização do registo no instrumento de colheita de dados preservará o anonimato do doente, pelo que será apenas quantificada a situação. Deste modo, a identidade da pessoa será protegida, respeitando assim, o seu direito à intimidade e de acordo com o mencionado no Código Deontológico do Enfermeiro deve, no artigo 85.º – Do dever de sigilo na alínea d) “(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.115).

Apresentação do Instrumento de Registo

- Realizar novo registo



- **Menu novo registo**

1. *Selecionar enfermeiro*

The screenshot shows a window titled "Novo Registo". It contains the following fields and options:

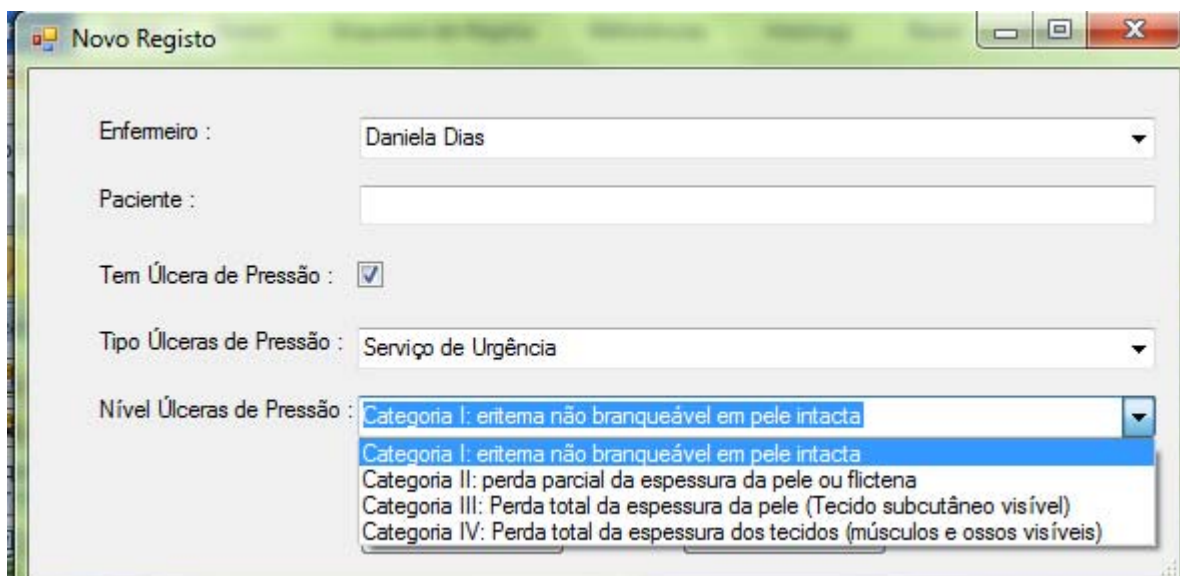
- Enfermeiro :** A dropdown menu with "Daniela Dias" selected and a list of options: Daniela Dias, Enfermeiro 2, and Enfermeiro 3.
- Paciente :** A text input field.
- Tem Úlcera de Pressão :** A checkbox that is currently unchecked.
- Tipo Úlceras de Pressão :** A dropdown menu with "Comunidade" selected.
- Nível Úlceras de Pressão :** A dropdown menu with "Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta" selected.
- At the bottom, there are two buttons: "Cancelar" and "Adicionar Registo".

2. *Identificar existência de úlcera de pressão e se adquirida na comunidade ou no SUG*

The screenshot shows the same "Novo Registo" window, but with different selections:

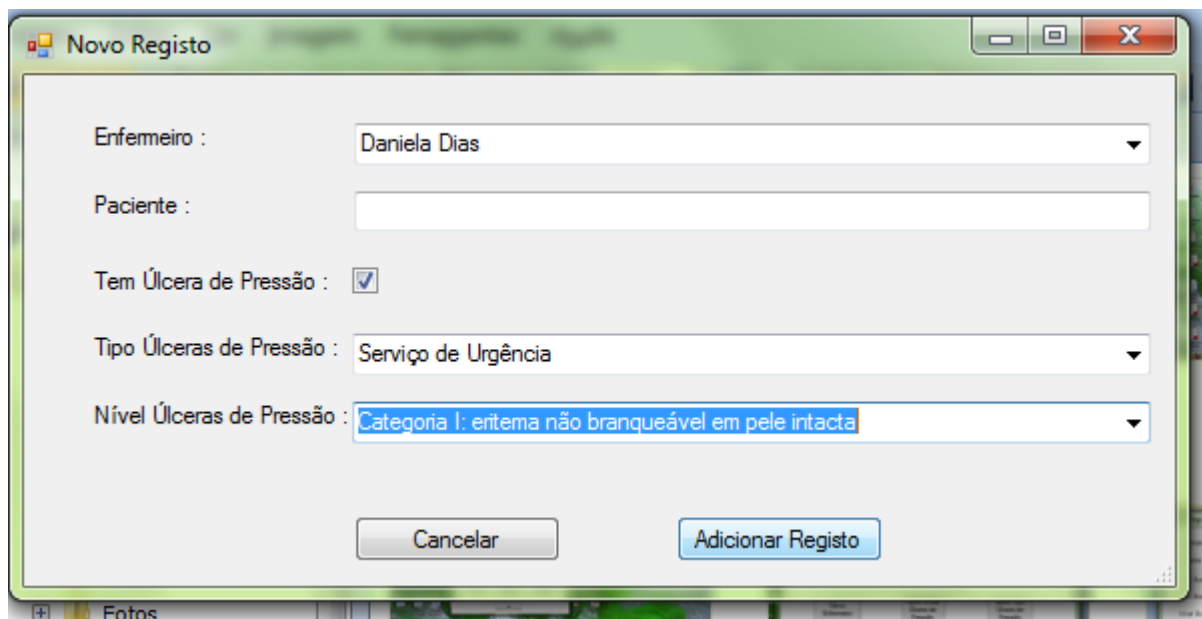
- Enfermeiro :** "Daniela Dias" is still selected.
- Paciente :** The text input field is empty.
- Tem Úlcera de Pressão :** The checkbox is now checked.
- Tipo Úlceras de Pressão :** The dropdown menu is open, showing "Comunidade" selected, with "Comunidade" and "Serviço de Urgência" visible in the list.
- Nível Úlceras de Pressão :** The dropdown menu is open, showing "Serviço de Urgência" selected.
- The "Cancelar" and "Adicionar Registo" buttons remain at the bottom.

3. Identificar categoria da úlcera de pressão

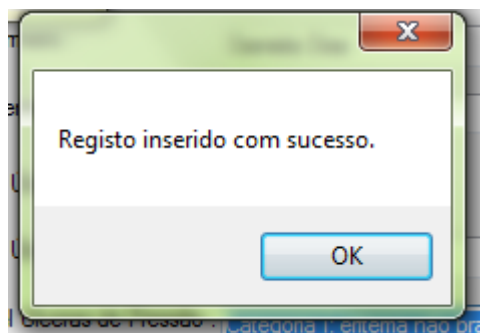


The screenshot shows a software window titled "Novo Registo". It contains several input fields: "Enfermeiro" with a dropdown menu showing "Daniela Dias"; "Paciente" with an empty text box; "Tem Úlcera de Pressão" with a checked checkbox; "Tipo Úlceras de Pressão" with a dropdown menu showing "Serviço de Urgência"; and "Nível Úlceras de Pressão" with a dropdown menu. The dropdown menu for "Nível Úlceras de Pressão" is open, displaying a list of categories: "Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta" (highlighted), "Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena", "Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)", and "Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)".

4. Adicionar registo



This screenshot shows the same "Novo Registo" window as before, but now the "Adicionar Registo" button at the bottom right is highlighted in blue. The "Nível Úlceras de Pressão" dropdown menu is still open, showing the same list of categories.



5. Consultar registros

	Enfermeiro	Paciente	Têm Úlcera de Pressão?	Nível de Úlcera de Pressão	Tipo de Úlcera de Pressão	Data do Registo
▶	Daniela Dias	Marlene	Não			20120613000000
	Daniela Dias	Matilde	Sim	2º Nível	Não SU	20120615000000
	Daniela Dias	Guilherme	Sim	1º Nível	SU	20120615000000
	Daniela Dias	Martim	Não			20130415000000
	Daniela Dias	Maria Inês	Sim	1º Nível	SU	20130615133108
	Daniela Dias		Não	Categoria I: erite...	Comunidade	20130616234740
	Daniela Dias	A	Sim	Categoria I: erite...	Comunidade	20130617000633
	Daniela Dias		Sim	Categoria I: erite...	Serviço de Urgên...	20130617030140

6. *Estatísticas*

Estatísticas

Número de Registos: 8

Número de Úlceras de Pressão: 0

Registos com Úlcera de Pressão por Enfermeiro:

Enfermeiro	Nº Infecções
Daniela Dias	8

Enfermeiro	Paciente	Tem Infecção	Nível	Tipo	Data Registro
Daniela Dias	Martim	Não			20130415000000
Daniela Dias	Maria Inês	Sim	1º Nível	SU	20130615133108
Daniela Dias		Não	Categoria I: erite...	Comunidade	20130616234740
Daniela Dias	A	Sim	Categoria I: erite...	Comunidade	20130617000633
Daniela Dias		Sim	Categoria I: erite...	Serviço de Urgên...	20130617030140

Buttons: Sair, Últimos 6 meses, Últimos 12 meses

Conclusão

Espero que o planeamento delineado para o *Projeto de monitorização do indicador de qualidade de enfermagem: incidência de úlceras de pressão no SUG* seja útil para o serviço de urgência do HGO e possibilite uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e a melhoria da qualidade dos mesmos.

Com este instrumento espero ter conseguido responder à necessidade existente no serviço relativa à ausência de um instrumento de registo que possibilite a monitorização das úlceras de pressão.

Referências bibliográficas

- CUNHA, Maria (2011) – Hiperutilizadores das Urgências: Um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira. [Em linha]. Acedido em: 10/06/2013. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/977/tesebeatrizcunhapdf.pdf>.
- EPUAP/NPUAP (2009) [Em linha]. Acedido em: 8/06/2013. Disponível em: <http://www.epuap.org/>.
- FERREIRA, Pedro, et al (2007) – **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Implementação Nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-37-0.
- FERREIRA, Manuel, et al (2008) – **Ser empreendedor: pensar, criar e moldar a nova empresa**. Lisboa: Edições Sílabo. 378p. ISBN: 978-972-618-505-5.
- GUERRA, Isabel (2007) – **Fundamentos e Processos de Uma Sociologia em Acção: o planeamento em ciências sociais**. 2ªed. Estoril: Principia. ISBN: 978-972-8500-85-6.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011) – **Classificação para a prática de Enfermagem** (CIPE/ICNP). Ordem dos Enfermeiros. Browser da Versão 2.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- OLIVEIRA, D. et al (2008) – Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 28 (Março, 2008), p.36-41.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [S.1]: Ordem dos enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. **Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. nº13 (Julho,2004), p.2-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Acedido em 02/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- PEREIRA, Sandra; SOARES, Hélia (2012) – Úlceras por pressão: perceção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. IIIª série (nº7) (Julho, 2012), p.139-148. ISSN 0874-0283. Acedido em: 03/06/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a15.pdf>.
- PINA, Elaine; et al (2010) – **GAIF 2010: Da Eminência à Evidência**. [Em linha]. Acedido em: 06/06/2013. Disponível em: <http://forumenfermagem.org/feridas/2010/05/#sthash.M57I0ByJ.dpuf>.

PORDATA (2013) - Estabelecimentos de saúde: consultas, internamentos e urgências. [Em linha]. Acedido em: 11/06/2013. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Estabelecimentos+de+saude+consultas++internamentos+e+urgencias-150>.

PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.**

SILVA, Teresa (2010) – **Eixo Temático: Ensino e Pesquisa: Análise Swot Potencializando as Ações de Planeamento Do Enfermeiro.** [em linha]. Acedido em: 26 de Maio de 2013. Disponível em: <http://177.184.194.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I16002.E8.T3853.D4AP.pdf>.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2013) – **Guia de Estágio: Curso de mestrado em enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.** Lisboa.

Apêndice VI

Póster apresentado no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – *Indicadores de Qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados no Serviço de Urgência: Revisão Sistemática da Literatura*

Revisão Sistemática da Literatura

[illegible]

Apêndice VII

Análise SWOT da UCI do HGO

Esquema. Análise SWOT da UCI do HGO

Strengs (Forças)

- Interesse do Enf.Chefe sobre a temática da qualidade e projetos em existentes no serviço;
- Equipa de Enfermagem dinâmica e recetiva a novos projetos;
- Todas as equipas de enfermagem compostas por especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Reabilitação;
- Existência de momentos de formação à equipa de Enfermagem e sua distribuição no horário;
- Existência de reunião mensal com os enfermeiros chefes de equipa;
- Existência de plano de integração de novos elementos no serviço;
- Informatização do processo clínico do doente;
- Utilização da CIPE/SAPE e realização de auditorias frequentes ao mesmo;
- Equipas de Enfermagem organizadas por método de enfermeiro responsável.

Weaknesses (Fraquezas)

- Recursos humanos ao nível do pessoal de Enfermagem limitados;
- Absentismo dos enfermeiros, com necessidade dos colegas seguirem turno;
- Saída de enfermeiros da UCI e necessidade de integração de novos elementos;
- Não adesão dos enfermeiros ao projeto de monitorização dos indicadores de qualidade de enfermagem.

Opportunities (Oportunidades)

- Continuidade das metas de qualidade e segurança do CHKS e Política de Qualidade do HGO;
- Monitorização dos indicadores de qualidade de enfermagem para a UCI;
- Avaliação da taxa de incidência de: extubação acidental; perda de sonda naso/orogástrica; perda de CIV.

Threats (Ameaças)

- Limitação dos recursos materiais e financeiros disponíveis na instituição;
- Fatores pessoais e profissionais dos enfermeiros dinamizadores.

Apêndice VIII

Contributos para a promoção da qualidade no cuidado de enfermagem
ao doente adulto em UCI: Revisão da Literatura

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Contributos para a promoção da qualidade
no cuidado de enfermagem ao doente adulto
em UCI
- Revisão da Literatura -**

Regente do Estágio: Professora Patrícia Pontífice de Sousa
Orientadora do Local de Estágio: Enfermeira Anabela Esteves

Daniela Dias nº 192012003
Turma 6, 2ºano

Outubro de 2013

A Taxa de incidência de extubação não planeada, a Taxa de incidência de perda de sonda naso/orogástrica e a Taxa de incidência de perda de cateter venoso central assumem-se como indicadores de qualidade de enfermagem de resultado na prestação de cuidados ao doente adulto internado em Unidade de Cuidados Intensivos (Dias e José, 2013). A adoção, num serviço, de um programa de melhoria contínua da qualidade através de indicadores não pode ser estéril, deve promover uma mudança, envolver os intervenientes da prestação de cuidados (World Health Organization, 2012) e adequar-se ao contexto específico dos cuidados de enfermagem. Assim, a seleção destes indicadores foi realizada em reunião com o enfermeiro chefe do serviço, a enfermeira orientadora do estágio e a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, a estagiar na UCI do Hospital Garcia de Orta.

A melhoria contínua da qualidade exige dos profissionais de Enfermagem um exercício de reflexão sistemático sobre as suas práticas. O enfermeiro especialista é um profissional de destaque para o acompanhamento e implementação desses projetos uma vez que o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista define no Domínio da melhoria da qualidade três competências do enfermeiro especialista: “a) *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; c) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.3). Para cada uma destas competências, o mesmo documento, explana as unidades de competência e os seus critérios de avaliação. Evidencio, algumas unidades de competência que considero aplicáveis na justificação da monitorização destes indicadores na UCI e na sua construção durante o estágio de Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, nomeadamente: *inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria.* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A criação de um programa de melhoria da qualidade é um processo complexo, segundo Donabedian (2002) a monitorização e a melhoria da prática clínica deve obedecer a nove etapas: “1) *Determinar o que monitorizar; 2) Determinar que prioridades assumir*

na monitorização; 3) *Selecionar a abordagem ou abordagens para garantir o cuidado*; 4) *Formular critérios e standards*; 5) *Obter a informação necessária*; 6) *Escolher quando monitorizar*; 7) *Escolher como monitorizar*; 8) *Construir um sistema de monitorização*; 9) *Identificar a mudança de comportamentos*” (p.27). Neste sentido, após a seleção dos indicadores a avaliar, implica definir um conjunto de critérios, tornando os indicadores válidos ao serviço a que se destina. Esse processo só é possível com a realização de uma revisão de literatura para clarificação dos critérios específicos de cada indicador e identificação das melhores práticas para os cuidados específicos a monitorizar. Deste modo, implementaram-se processos de revisão da literatura para identificação dos cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de extubação não planeada, de perda de sonda naso/orogástrica, de perda de cateter venoso central, cujos resultados serão apresentados seguidamente.

- ***Extubação não planeada: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI***

O principal objetivo desta revisão da literatura é: *identificar os cuidados de enfermagem preventivos de extubação não planeada na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI.*

O tubo endotraqueal (TET) consiste num dispositivo médico de uso único usado para assegurar uma via aérea artificial ao doente durante um período de tempo, possibilitando a ventilação mecânica do mesmo. A entubação endotraqueal é indicada para: assegurar a manutenção da permeabilidade da via aérea; proteção da via aérea contra a aspiração; a aplicação de ventilação com pressão positiva; a facilitação da higiene da árvore brônquica e a utilização de elevadas concentrações de oxigénio (Urden et al, 2008). O TET pode ser colocado via orotraqueal ou via nasotraqueal (Urden et al, 2008). Estes podem ter diversos tamanhos, possuem um marcador opaco ao longo do tubo e na sua extremidade apresentam um cuff que é insuflado através de um prolongamento específico com sensor de pressão manual ou adaptação a cuffómetro. Na extremidade oposta do tubo está uma conexão de 15mm para balão de ressuscitação, tubo em T ou ligação às traqueias do ventilador. O TET deve ser estabilizado para otimizar a ventilação e evitar deslocações ou a sua remoção, no entanto este processo de fixação pode comprometer a integridade da mucosa e da pele adjacente ao TET, provocando desconforto no doente e em último caso a sua desfiguração (Gardner et al, 2005). Sempre que a via aérea artificial já não é necessária procede-se à remoção do

TET, designam-se esse processo por extubação. No entanto, quando esse processo surge de forma não intencional, não estando reunidas condições para que esse processo seja planeado (doente com valores de gasimetria alterados, doente sedado e/ou curarizado, por exemplo) a sua ocorrência designa-se por extubação não planeada. A extubação não planeada pode acontecer de forma acidental por interferência de terceiros (profissionais de enfermagem, médicos, assistentes operacionais) ou ser o próprio doente a remover o TET, designam-se por auto-extubação.

Os episódios de extubação não planeada têm o potencial para comprometer a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, atendendo a que podem levar a complicações graves do foro respiratório (laringoespasmo, edema laríngeo, pneumonia de aspiração, broncoespasmo e falência respiratória) e hemodinâmico (hipotensão, hipertensão, taquiarritmias), conduzindo a paragem cardíaca e consequente morte do doente (Birkett et al, 2004; Jarachovic et al, 2011; Kiekkas et al, 2012). A ocorrência de um episódio de extubação não planeada também conduz a um aumento do período de ventilação do doente, do período de permanência na UCI e permanência hospitalar e, do mesmo modo, aumenta a probabilidade do doente necessitar de cuidados e vigilância como doente crónico (Birkett et al, 2004; Jarachovic et al, 2011). Neste sentido, a prevenção da incidência deste tipo de episódio é de extrema relevância para a prevenção de complicações e evitar o agravamento do estado de saúde do doente. A nível económico e financeiro é de prever uma diminuição dos custos associados a estes doentes, pois diminui a incidência de complicações e do mesmo modo, o tempo de permanência na UCI.

A pesquisa decorreu durante o mês de Outubro de 2013 através de plataformas de pesquisa e bases de dados on-line, utilizando a língua inglesa e língua portuguesa, sem restrição de data de publicação. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa:

- Nurs*, unplanned extubation, accidental extubation, self-extubation, intensive care, critical care, endotracheal, tube fixation, endotracheal extubation
- Enfermagem, extubação não planeada, extubação acidental, auto-extubação, UCI, cuidados intensivos, fixação do tubo

Alguns destes termos integram os conceitos MeSH e qualifers e foram progressivamente adicionados, numa lógica de refinamento da pesquisa. Considerou-se ainda a consulta das referências bibliográficas de alguns dos artigos selecionados.

Foi realizada a leitura integral de 15 artigos, 13 constituíram a amostra final. De acordo com a sua data de publicação: 2 artigos datam de 1995, 1 de 1998, 1 de 2004, 1 de 2005, 3 de 2007, 1 de 2009, 1 de 2011 e 3 de 2012. Atendendo à sua origem: 4 são provenientes dos Estados Unidos da América; 4 do Brasil; os artigos remanescentes provêm da Espanha; da Austrália; da Grécia, da Índia e de Taiwan. Todos os estudos selecionados apresentam contributos para identificar os cuidados de enfermagem preventivos de extubação não planeada na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI, respondendo ao objetivo proposto nesta revisão.

Seguidamente apresentam-se os respetivos resultados da revisão efetuada, dividindo os achados em três categorias: *Fatores de risco associados a extubação não planeada*; *Ações de enfermagem preventivas da ocorrência de extubação não planeada* e *métodos de fixação do TET*.

- Fatores de risco associados a extubação não planeada**

Fatores do Doente	Fatores de Enfermagem	Outros Fatores
• Sexo masculino (Yeh et al, 2004; Birkett et al, 2005; Bouza et al, 2007; Kiekas et al, 2012) • Faixa etária: • <i>doente jovem</i> (Yeh et al, 2004) • <i>51-55 anos</i> (Birkett et al, 2005) • <i>Idoso</i> (Kiekas et al, 2012) • Agitação (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Nível de consciência (Glasgow >9) (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012; Silva e Fonseca, 2012) • APACHE II >17 • Doente com eventos adversos na hospitalização: reação adversa a fármacos, hemorragia (Kiekas et al, 2012) • Doente cirúrgico (Kiekas et al, 2012) • Doente queimado (Kiekas et al, 2012) • Doenças respiratórias crónicas, DPOC (Bouza et al, 2007; Jarachovic et al, 2011; Kiekas et al, 2012; Silva e Fonseca, 2012) • Infeções nosocomiais (Kiekas et al, 2012) • Episódios anteriores de extubação não planeada (Kiekas et al, 2012) • Doente com dificuldade de comunicação ou incapaz de estabelecer comunicação (Yeh et al, 2004) • Doente com acessos de tosse (Yeh et al, 2004) • Doente com dor (Yeh et al, 2004; Jarachovic et al, 2010) • Valores gasimétricos do doente alterados (Jarachovic et al, 2011)	• Manutenção da permeabilidade do tubo - aspiração de secreções (Piva et al, 1995; Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Fixação do TET (Piva et al, 1995; Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Realização dos cuidados de higiene oral (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Realização de mudança de decúbitos (Piva et al, 1995; Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Realização de entubação naso/orogástrica (Piva et al, 1995) • Utilização de camas de posicionamento automático (rotary beds) (Kiekas et al, 2012) • Transporte do doente crítico fora da UCI (Kiekas et al, 2012) • Ausência do enfermeiro na unidade do doente (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Diminuição da vigilância do doente pelo enf.º (Kiekas et al, 2012) • Enfermeiros menos experientes (Kiekas et al, 2012; Silva e Fonseca, 2012) • Extubação acidental nos turnos da manhã – associados à realização dos autocuidados pelos enfermeiros (Bouza et al, 2007; Kiekas et al, 2012) • Auto-extubações mais frequentes no turno da noite (Bouza et al, 2007; Kiekas et al, 2012) • Turno da noite (Silva e Fonseca, 2012) • Igual frequência de extubações nos 3 turnos (Yeh et al, 2004) • Auto-extubações mais frequentes 1h antes e após as mudanças de turno (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • Carga de Trabalho de enfermagem (Yeh et al, 2004) • Transferência do doente da cama da UCI para a maca (Castellões e Silva, 2009)	• Contensão física: • <i>Tipo</i> (Jarachovic et al, 2011) • <i>Mal efetuada</i> (Yeh et al, 2004; Birkett et al, 2005; Bouza et al, 2007; Kiekas et al, 2012) • Posicionamento do doente: • <i>Cabeceira a 30º</i> (Yeh et al, 2004; Kiekas et al, 2012) • <i>Decúbito dorsal</i> (Yeh et al, 2004) • Fixação do TET: • <i>Com pouca força</i> (Birkett et al, 2005; Bouza et al, 2007; Kiekas et al, 2012) • <i>não fixação com adesivo</i> (Carlson et al, 2007) • <i>Tipo de dispositivo usado para fixação do TET</i> (Jarachovic et al, 2011) • <i>Fixação do tubo envolvendo a válvula de pressão manual do cuff</i> (Carlson et al, 2007) • Via de entubação com TET • <i>Orotraqueal</i> (Yeh et al, 2004; Birkett et al, 2005; Jarachovic et al, 2011; Kiekas et al, 2012) • Sedação e desmame • <i>Doente não sedado</i> (Bouza et al, 2007) • <i>Baixos níveis de sedação</i> (Kiekas et al, 2012) • <i>Durante o período de desmame</i> (Bouza et al, 2007; Jarachovic et al, 2011; Kiekas et al, 2012; Silva e Fonseca, 2012) • Duração do tempo de presença de TET (Yeh et al, 2004; Jarachovic et al, 2010) • Atividades realizadas durante a ocorrência de extubação acidental (Jarachovic et al, 2011) • Realização de procedimentos dolorosos (Kiekas et al, 2012) • Realização de RX (Piva et al, 1995; Bouza et al, 2007)

- Ações de enfermagem preventivas da ocorrência de extubação não planeada**

De forma a facilitar a exposição dos resultados alcançados nesta categoria, as ações de enfermagem foram divididas nos seguintes grupos: *cuidados de higiene no leito; posicionamento; mudança da fixação do TET; Transporte do doente; Outras intervenções* (este grupo integra as intervenções não passíveis de serem integradas nos grupos anteriores).

Cuidados de higiene no leito

Cuidados à cabeça e couro cabeludo:

- Verificar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório (Castellões e Silva, 2007);
- Manter o tubo apoiado por um dos membros da equipe diferente do executor da técnica (Castellões e Silva, 2007; Silva e Fonseca, 2012);
- Aproximar o paciente para a beira da cama (Castellões e Silva, 2007);
- Retirar o posicionador de cabeça e apoiá-la num travesseiro impermeável (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e parte posterior (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar a cabeça apoiando em toalha seca após enxaguar (Castellões e Silva, 2007).

Cuidados à cavidade oral e rosto:

- Todas as orientações anteriores
- Mobilizar o dispositivo ventilatório para a limpeza da língua com cuidado e sempre auxiliado (Castellões e Silva, 2007).
- Avaliar integridade da mucosa e pele circundante ao TET (Barnason, 1998)

Higiene do corpo:

- Mudar o paciente para o decúbito lateral do lado em que se encontra o ventilador para higiene do dorso e glúteos (Castellões e Silva, 2007);
- Mudar o paciente para o outro lado a fim de completar a higiene dorsal se necessário (Castellões e Silva, 2007).

Mudança dos lençóis:

- no momento da troca dos lençóis o doente fica em decúbito lateral, sendo necessário verificar continuamente as condições de fixação do TET e a inexistência de tração das traqueias do ventilador enquanto o doente permanece nesse decúbito (Castellões e Silva, 2009).

Posicionamento

- Verificar a fixação do dispositivo ventilatório (Castellões e Silva, 2007);
- Soltar as traqueias do do ventilador do suporte (Castellões e Silva, 2007);
- Baixar a cabeceira (Castellões e Silva, 2007)
- Apoiar as traqueias no próprio braço do funcionário (Castellões e Silva, 2007; Silva e Fonseca, 2012);
- Deve-se elevar o paciente no leito e neste momento manter os olhos no dispositivo ventilatório (Castellões e Silva, 2007)
- Lateralizar a 30° o paciente mantendo a cabeça apoiada no posicionador (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar logo a cabeceira (Castellões e Silva, 2007)
- Fixar as traqueias no suporte do ventilador com folga para que caso ocorra deslocamento do paciente no leito, o dispositivo ventilatório não sofra tração do circuito (Castellões e Silva, 2007)
- Ser realizado no mínimo por dois profissionais (Castellões e Silva, 2009)

Mudança na fixação do TET

- Verificar o nível de sedação e colaboração do paciente e quando necessário chamar ajuda para manter o tubo estabilizado (Castellões e Silva, 2007);
- Manter o guia do balonete (cuff) lateralizado e visível (Castellões e Silva, 2007);
- Verificar que o tubo de insuflação do cuff e o seu ponto de inserção no TET não é envolvido no adesivo (Jangra e Malhotra, 2012);
- Retirar o fixador antigo com auxílio da tesoura (Castellões e Silva, 2007).
- Manter uma das mãos no tubo endotraqueal e esta apoiada no dorso do paciente com a finalidade de não perder o ponto de apoio durante o procedimento (Castellões e Silva, 2007)
- Inspeccionar cavidade oral e fazer um retoque na barba caso necessário (Castellões e Silva, 2007).
- Passar solução desengordurante e de proteção, Benjoim ou Cavilon (Tominaga, 1995; Castellões e Silva, 2007).
- Esperar secar e fixar respeitando o posicionamento centralizado e a numeração na comissura labial (Castellões e Silva, 2007).
- A utilização de adesivo revelou-se mais eficaz que 3 dos dispositivos de fixação do TET e é uma solução mais económica (Carlson et al, 2007)
- O uso de nastro ou de adesivo revelam-se eficazes na prevenção de extubação não planeada (Barnason et al, 1998)
- Aderência do adesivo é influenciada pela saliva, sangue, vômito, verificar fixação do TET após exposição a esses elementos (Carlson et al, 2007)
- Mudar o modo de fixação do tubo: usar adesivo à prova de água (Tominaga, 1995) à volta do tubo, acima do lábio e rosto (mais eficaz que usar tecido ou velcro à volta da cabeça) (Silva e Fonseca, 2012);
- Usar adesivo ou nastro preserva a integridade da mucosa oral e da pele em comparação com outros métodos (Silva e Fonseca, 2012).

Transporte do doente

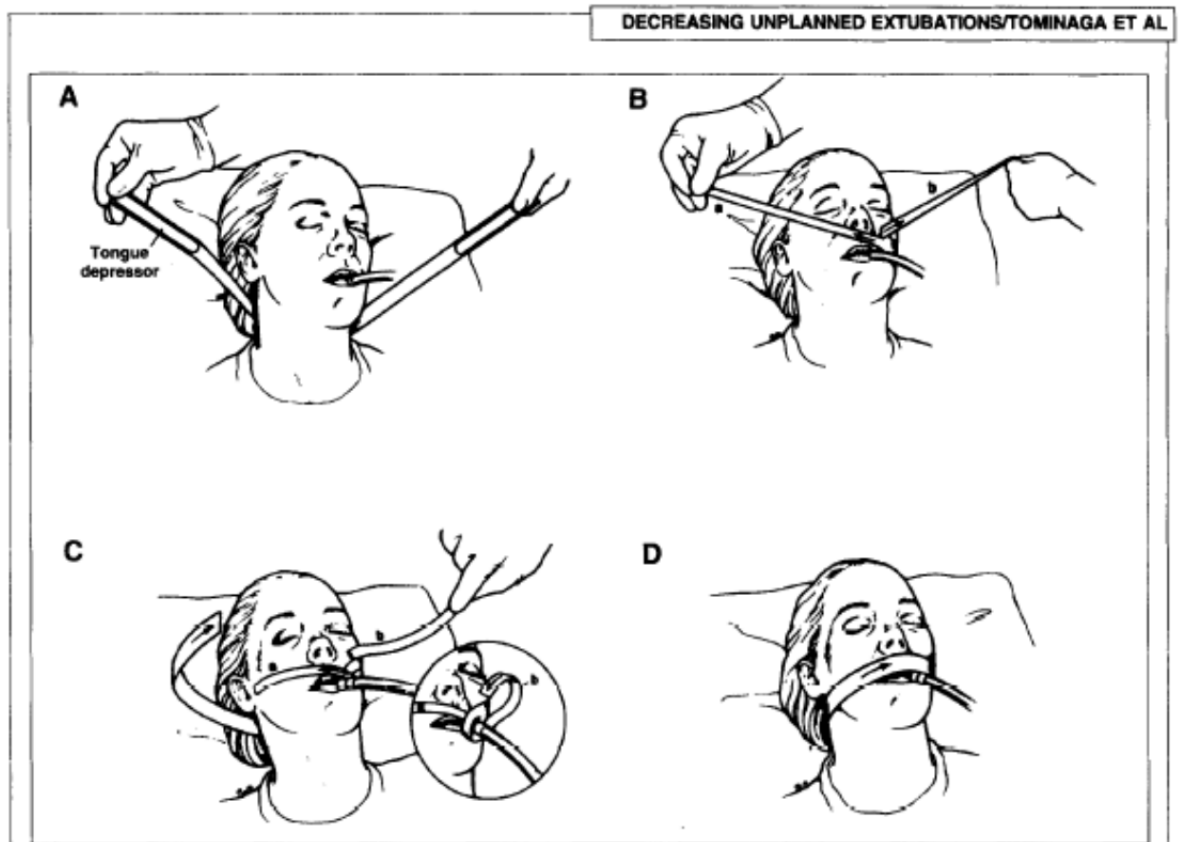
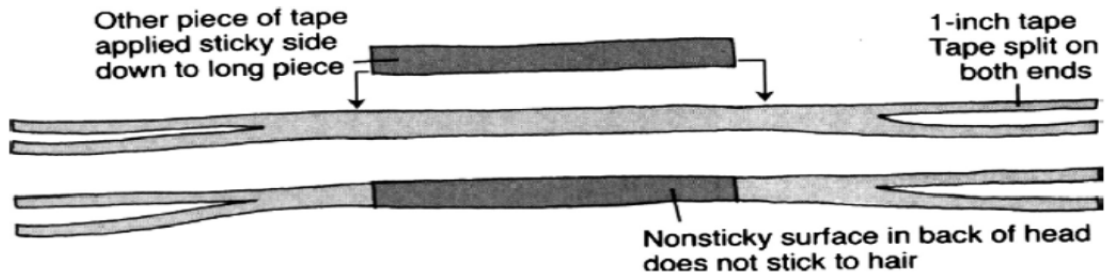
- Certificar da sedação e analgesia pré-transporte (Castellões e Silva, 2007)
- Lembrar de fixar e pinçar o cateter vesical além de fixar os drenos e pinçar aqueles que não apresentem fuga aérea. (Castellões e Silva, 2007)
- Reduzir ao máximo o número de bombas infusoras (Castellões e Silva, 2007)
- Verificar fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o ventilador de transporte e a bala de oxigénio. (Castellões e Silva, 2007)
- Verificar a fixação do TET antes de iniciar o transporte (Castellões e Silva, 2009)
- Chegando ao destino transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor do setor e trocar o ventilador de transporte pelo do setor (se presente) e avaliar adaptação do paciente por cinco minutos. (Castellões e Silva, 2007)
- Se for para realizar um exame, simular a entrada do paciente no aparelho de ressonância e TAC para se ter a ideia exata da necessidade do comprimento das traqueias do ventilador dentro dos aparelhos (Castellões e Silva, 2007).
- Na mudança do doente da cama da UCI para a maca assegurar a fixação de todo o dispositivo ventilatório, limitar a mobilização da cabeça do doente aquando a transferência, assim como envolver o maior número de profissionais (Castellões e Silva, 2009).
- Criar protocolos para o transporte do doente (Silva e Fonseca, 2012)

Outras intervenções de enfermagem

- **A incidência da extubação não planeada pode ser reduzida com:**
 - Explicar ao doente a necessidade do TET (Birkett et al, 2005)
 - Medidas de conforto (Birkett et al, 2005)
 - Distrações sensoriais (Birkett et al, 2005)
 - Acompanhamento do doente (Birkett et al, 2005)
 - Identificação precoce de sinais de hipoxia e de dor (Birkett et al, 2005)
 - Aumentar a vigilância de enfermagem durante a realização de procedimentos (Birkett et al, 2005)
 - Aumentar o horário das visitas à unidade para permitir aumentar o contacto com os familiares e pessoas significativas (Birkett et al, 2005)
 - Avaliar o nível de sedação e consciência do doente (Birkett et al, 2005)
 - Formação da equipa de enfermagem (Silva e Fonseca, 2012)
 - Evitar períodos de agitação do doente (Silva e Fonseca, 2012)
 - Supervisão 24h da unidade do doente (Silva e Fonseca, 2012)
 - Vigilância regular do doente (Silva e Fonseca, 2012)
 - Rácio enfermeiro/doente apropriado (Silva e Fonseca, 2012)
 - Formação contínua dos enfermeiros, treino e atualização constante das práticas para evitar a existência de extubações não planeadas. (Yeh et al, 2004; Silva e Fonseca, 2012)
 - Existência de programas de melhoria da qualidade (Silva e Fonseca, 2012)
 - Colocar as mãos do doente a 20cm do tubo (Yeh et al, 2004; Silva e Fonseca, 2012)
 - Ter um enfermeiro de apoio às unidades durante a passagem de turno ou fazer a passagem de turno junto à unidade do doente (Yeh et al, 2004)
 - Validar fixação do tubo antes das passagens de turno e antes da realização dos cuidados de enfermagem (Yeh et al, 2004)
 - Avaliar a dor do doente (Yeh et al, 2004)
 - Comunicar com os doentes: os enfermeiros mais experientes conseguem compreendê-los com maior facilidade e utilizam estratégias adaptativas (quadros de escrita, leitura, desenho) diminuindo a ansiedade do doente que percebe que o conseguem entender; informar o doente: a importância da intubação para a sua ventilação, alívio da dor, conforto (Yeh et al, 2004).
 - Realizar estudos de investigação sobre: alívio da dor, desmame ventilatório, métodos de fixação do TET, melhoria da comunicação enf./doente (Yeh et al, 2004)

- Métodos de fixação do TET

→ Tominaga et al (1995) e Carlson et al (2007):



Método para fixar o TET usando adesivo impermeável:

1. Limpar com uma compressa com álcool a face do doente onde vai assentar o adesivo e deixar secar;
2. Cortar o adesivo de cerca de 1cm de largura e cortar com o tamanho de cerca de 1,5 x a circular da cabeça do doente;
3. Cortar outra porção de adesivo com tamanho suficiente para possibilitar circular 1x a cabeça do doente e esta porção é colada no meio do adesivo cortado inicialmente (com a face adesiva para o mesmo, para que a parte aderente não cole no pescoço do doente) (figura 1);
4. A peça de adesivo é colocada à volta do pescoço do doente (imagem A);
5. Aplicar tintura de Benjoim na pele que vai entrar em contato com o adesivo;

6. Puxar as pontas do adesivo firmemente contra a parte posterior do pescoço;
7. A ponta esquerda é dividida ao meio longitudinalmente (pelo menos 2 cm). A parte superior é colada junto ao lábio superior no sentido da esquerda para a direita (imagem B). A parte inferior é enrolada pelo menos 2x à volta do TET e depois cruza para a bochecha direita do doente (imagem C). A parte superior do adesivo que estava junto ao lábio superior é enrolada também pelo menos 2x à volta do TET e fica aderente na bochecha direita;
8. A ponta direita do adesivo é colada na bochecha esquerda (imagem D).

O objetivo da investigação de Carlson et al (2007) foi determinar a força mínima necessária para ocorrer a extubação com 4 suportes de tubo endotraqueal em comparação ao método convencional de fixação (adesivo).



Figure 3. EndoGrip by Biomedix. Reprinted with permission from Roberts and Hedges, *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 4th ed.



Figure 5. Tube Tamer by ErgoMed Inc. Reprinted with permission from Roberts and Hedges, *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 4th ed.



Figure 4. Precision Medical endotracheal tube holder.



Figure 6. Thomas Tube Holder by Laerdal.

O estudo concluiu que o dispositivo Thomas Tube Holder é o único que demonstra uma eficácia superior à do adesivo na ocorrência de extubação. No entanto, o adesivo assume-se como a solução mais económica, na medida que cada dispositivo custa cerca de 7€.

O Laerdal Thomas Tube Holder foi desenvolvido para fixar e acomodar diversos modelos de tubos utilizados nas vias aéreas na posição correta após a inserção na traqueia ou esófago para reduzir o risco de acidentes no momento ou após a entubação. O produto consiste em um suporte oral de plástico, com um furo no centro onde é feita a fixação do tubo através de uma rosca fixadora plástica, comandado manualmente.



Características Gerais:

- Bloqueador de mordida semirrígido, que protege os dentes e direciona o tubo;
- Suporte oral de espuma macia, que fica entre o suporte e o rosto do paciente evitando danos ao paciente;
- Fita de velcro, que mantém o dispositivo fixo na posição correta na face do paciente.

- ***Perda de sonda naso/orogástrica: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI***

O principal objetivo desta revisão da literatura é: *identificar os cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de perda (extubação) de sonda nasogástrica.*

Existe a necessidade de instituir suporte nutricional específico no doente crítico pois apresenta níveis elevados de stress fisiológico decorrentes da existência de lesão, traumatismo, cirurgia ou quadro de sépsis (Urden et al. 2008). Como resposta a esse stress fisiológico o organismo, através da estimulação do sistema nervoso simpático, aumenta o seu ritmo (hipermetabolismo), criando uma subida do consumo de oxigénio e gasto energético, existindo uma grande necessidade nutricional (Urden et al. 2008). Se essa necessidade é superior ao seu aporte exógeno ocorre uma situação de desequilíbrio nutricional, que vai afetar o metabolismo proteico, desviando as proteínas dos músculos e tecidos (monoglobulinas, albuminas) para o fígado, onde ocorre a produção de glicose (neoglicogénese). A perda acentuada de proteínas provoca perda ponderal de peso e coloca em risco a sobrevivência do doente (Urden et al. 2008). Das complicações associadas à desnutrição destacam-se: a disfunção do trato digestivo (absorção); alterações imunológica; disfunção da musculatura respiratória (dificuldade de desmame do ventilador); dificuldade de cicatrização das feridas; aparecimento de úlceras de pressão; limitação do prognóstico; aumento do tempo de hospitalização (Urden et al. 2008). Assim, o suporte nutricional nos doentes críticos assume-se como essencial para a manutenção de um estado nutricional ótimo, reduzindo complicações associadas à doença crítica e promovendo a sua recuperação. O suporte nutricional consiste na administração de nutrientes por via oral, entérica ou parentérica, prevenindo a desnutrição do doente crítico (Urden et al. 2008).

Atendendo ao objetivo desta revisão da literatura, será desenvolvido em maior pormenor a via de alimentação entérica através de sonda nasogástrica.

No doente crítico a alimentação entérica deve ser a primeira escolha, se não estiver contraindicada, na medida que: previne a atrofia da mucosa intestinal, previne a translocação bacteriana; preserva a integridade da mucosa); reduz a incidência de complicações sépticas (diminuindo o risco de infeção e aumentando a secreção de IgA); custo muito inferior ao da alimentação parentérica (Urden et al. 2008). Uma das formas de administrar a alimentação entérica é através de uma sonda (tubo de plástico ou

silicone) nasogástrica introduzida através de uma narina até ao estômago do doente. A entubação nasogástrica não é um processo inócuo, devendo ser feita com perícia para minimizar os riscos para o doente (perfuração esofágica, colocação intracraniana, colocação intrapulmonar); reduzindo o número de entubações e, evitando episódios de sonda colocada em locais inadequados ou em que ocorreu a sua deslocação (Williams, 2005; Lord, 2011). No Reino Unido existiu uma atualização das *guidelines* após a ocorrência de mortes de doentes (11 em dois anos) associadas a complicações com o início de alimentação entérica sem estar corretamente confirmada a localização da sonda nasogástrica (SNG), assim, o teste de pH passou a assumir-se como critério de primeira linha para confirmação da localização da SNG e o RX como critério de segunda linha, mas que deve ser realizado principalmente em doentes internados nas UCI, salientando a importância de não ocorrer uma interpretação errónea do RX (NPSA, 2005). Após a validação do posicionamento da SNG esta deve ser fixa de forma a evitar que o tubo faça muita pressão sobre o seio nasal do doente e que evite deslocações ou extubações acidentais. O doente pode desenvolver, devido à utilização da SNG, sinusite, esofagite, ulceração nasal e ulceração do palato (Banerjee, 2007).

A substituição de uma SNG aumenta as complicações para o doente e, do mesmo modo, aumenta os custos hospitalares pois será necessária uma nova SNG, custos com o pessoal, pois o profissional de enfermagem terá de realizar um novo procedimento de entubação e um novo RX para confirmação da sua localização (Lord, 2011).

De forma a identificar os cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de perda (extubação) de sonda nasogástrica foi realizada a pesquisa de evidência científica. Esta decorreu durante o mês de Outubro de 2013 através de plataformas de pesquisa e bases de dados on-line, utilizando a língua inglesa e língua portuguesa, sem restrição de data de publicação. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa:

- Nurs*, nasogastric, orogastric, tube, attachment, fixing, tube fixation, securing
- Enfermagem, sonda nasogástrica, sonda orogástrica, fixação

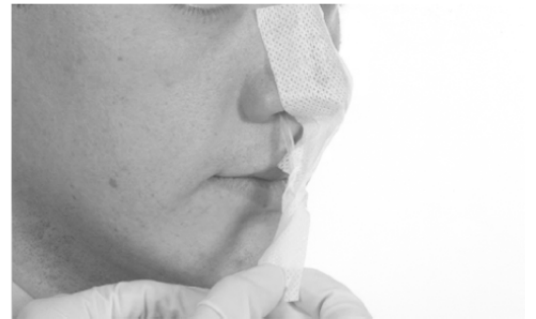
Alguns destes termos integram os conceitos MeSH e *qualifiers* e foram progressivamente adicionados, numa lógica de refinamento da pesquisa. Considerou-se ainda a consulta das referências bibliográficas de alguns dos artigos selecionados.

O número de artigos encontrados sobre a temática foi reduzido – 5 artigos. Após a leitura integral, 2 contribuíram com achados para esta revisão, integrando a amostra

final. Um artigo foi publicado em 2005 e um em 2007. Todos os artigos são provenientes do Reino Unido.

Os contributos dos artigos situam-se ao nível dos cuidados com a fixação da SNG, cuidado executado pelos profissionais de enfermagem.

- A SNG deve ser segura com adesivo no nariz para evitar deslocações acidentais ou extubações (Best, 2005)
- O adesivo tem ser substituído com regularidade, especialmente em doentes com sudorese elevada ou pele oleosa (Best, 2005);
- Dar uma volta de adesivo na SNS antes da fixar no nariz (Best, 2005)
- Técnica recomendada para evitar ulceração do palato (Banerjee, 2007):
 - o Cortar 10 cm de adesivo do tipo Mefix
 - o Colar longitudinalmente ao longo do nariz, deixando 5 cm na zona inferior.
 - o A ponta inferior do adesivo é enrolada à volta da SNG
 - o Cortar uma tira de 5 cm de adesivo e colar transversalmente na ponte do nariz para garantir a fixação da SNG, mas não de forma a tracionar o seio nasal, podendo provocar ulceração.



- ***Identificação dos cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de perda (remoção accidental) de cateter intravascular: contributos para a prática de enfermagem ao doente adulto em UCI***

Apesar de inicialmente o indicador de qualidade para os cuidados de enfermagem ao doente adulto internado em UCI se reportar à taxa de incidência de situação de perda de cateter venoso central, considero importante alargar esse conceito a todos os cateteres intravasculares (CIV) que o doente crítico possua devido à importância da sua permanência na otimização do estado de saúde destes doentes.

Os cateteres intravenosos são um importante meio de administração de terapêutica essencial à manutenção da vida do doente, mas do mesmo modo fornecem uma via de acesso à corrente sanguínea de microrganismos (como por exemplo: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., and *Candida albicans*) designando-se por Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) (PNCI, 2006; Pinto e Schub, 2011). A patogénese das infeções relacionadas com CIV é multifatorial e complexa, pelo que as potenciais fontes de contaminação dos dispositivos segundo o PNCI (2006) são: 1) mãos dos profissionais; 2) microflora da pele do doente; 3) ponta de cateter contaminada durante a inserção; 4) colonização das conexões do cateter; 5) fluidos contaminados; 6) via hematogénea – extraluminal (através do local de inserção do cateter na pele), intraluminal (pelo lúmen do cateter), hematogénica (através de outro foco de infeção na corrente sanguínea), infusão contaminada, mais rara (PNCI, 2006; Pinto e Schub, 2011). Devido ao facto dos dispositivos intravasculares estarem na origem de quase metade das INCS, importa salientar que estas infeções podem ser evitáveis, pois representam vias de transmissão exógenas ao organismo (PNCI, 2006). Segundo o mesmo documento importa investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (PNCI, 2006). As recomendações apresentadas focam-se na: seleção do cateter e do local de inserção; técnica asséptica e desinfeção cutânea durante a inserção do cateter; manutenção do cateter e do local de inserção; estratégias para a substituição do cateter; profilaxia antibiótica (PNCI, 2006). Os cuidados de enfermagem na manutenção dos CIV são uma necessidade constante para a prática de cuidados de enfermagem, com especial relevância no atendimento do doente crítico, pela instabilidade hemodinâmica subjacente com necessidade de fluidoterapia agressiva,

administração de soluções hiperosmolares e irritantes para o sistema venoso periférico e monitorização hemodinâmica (Andrade et al, 2010).

Os cuidados de manutenção dos CIV relacionam-se com: a forma de fixação destes dispositivos e cuidados na sua substituição; assim como, na identificação e implementação de cuidados preventivos de uma situação de perda (remoção accidental). Neste sentido, salientarei de seguida esses cuidados atendendo à evidência científica disponibilizada sobre a temática.

O número de artigos específicos sobre os cuidados na fixação e manutenção dos CIV encontrados é reduzido, existe um maior ênfase nos cuidados necessários para a prevenção das INCS. Deste modo, destacarei os cuidados necessários na manutenção dos CIV, integrando também as principais recomendações para a prevenção de infeções da corrente sanguínea associadas à utilização destes dispositivos, com o respetivo nível de evidência científica.

- **Recomendações para a fixação e manutenção dos CIV**

- Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção, quer sejam de gaze (se o local de inserção do cateter estiver sangrante ou doente apresentar sudorese intensa), pensos transparentes ou semipermeáveis (*Categoria IA*) (PNCI,2006; CDC, 2011; Nunes e Alminhas, 2012).
- Substituir o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspecionar o local de inserção (*Categoria IA*) (PNCI,2006; CDC, 2011).
- Substituir os pensos dos CVC de inserção percutânea a cada 2 dias se forem pensos de gaze ou pelo menos a cada 7 dias se forem pensos transparentes, exceto nos doentes pediátricos onde os riscos de deslocação do cateter ultrapassam os benefícios da mudança de penso (*Categoria IB*) (PNCI,2006; CDC, 2011).
- Os pensos transparentes devem ser substituídos de acordo com o fabricante, cada 3-7 dias dependendo das suas características. A compressa estéril deve ser substituída diariamente ou se repassada. Deve ser usado um pacote estéril para cada mudança de penso. Substituir os pensos do local de inserção dos CVC tunelizáveis ou totalmente implantáveis com uma frequência nunca superior à semanal, até que o

local de inserção se apresente cicatrizado (*Categoria IB*) (PNCI,2006; CDC, 2011).

- Não utilizar pomadas ou cremes com antibiótico no local de inserção (exceto nos cateteres de diálise) devido ao grande potencial de desenvolverem infeções fúngicas ou resistências aos antimicrobianos (*Categoria IA*) (PNCI,2006; CDC, 2011).
- Utilizar pomada antisséptica de iodopovidona no local de inserção do cateter de hemodiálise após a colocação e no final de cada sessão de diálise, desde que não seja incompatível com as recomendações do fabricante do cateter (*Categoria II*) (PNCI,2006; CDC, 2011).
- Assegurar que os produtos utilizados nos cuidados dos cateteres são compatíveis com o material do cateter (*Categoria IB*) (PNCI,2006; CDC, 2011).
- Não submergir o cateter ou o penso do cateter em água. Devem ser tomadas precauções devido ao risco de introduzir microrganismos (*Categoria IB*) (CDC, 2011);
- Usar manga esterilizada para todos os cateteres pulmonares (*Categoria IB*) (CDC, 2011);

Na pesquisa realizada não foi possível identificar cuidados específicos para a prevenção de perda ou remoção accidental dos cateteres intravasculares. Assim, no sentido de superar essa limitação e complementar a informação, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica sobre o transporte intra-hospitalar do doente intensivo. Esta é uma temática intimamente relacionada com as anteriores pois durante o transporte do doente crítico existe maior probabilidade de ocorrerem situações de extubação accidental (do TET, da SNG) ou de perda/remoção accidental de cateteres intravasculares (Day, 2010;).

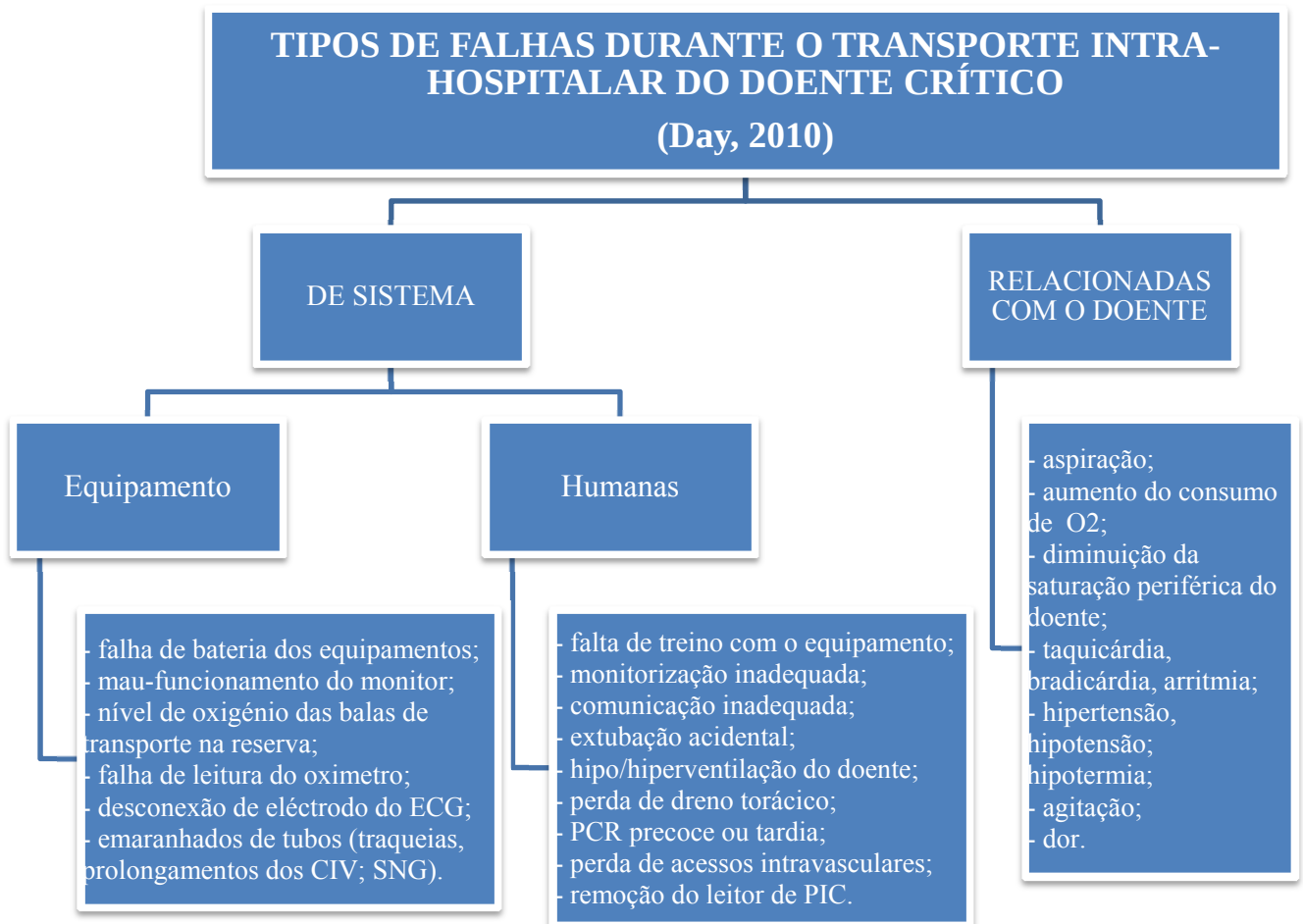
- ***Identificação dos cuidados de enfermagem preventivos de uma situação de extubação accidental (do TET, da SNG) ou de perda/remoção accidental de cateteres intravasculares durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico.***

O transporte de doentes da UCI para a realização de exames complementares de diagnóstico e de procedimentos é um aspeto integrante da rotina do enfermeiro na

prestação de cuidados ao doente crítico. Mas existem alguns perigos potenciais durante a realização do transporte de doentes críticos que os enfermeiros devem conhecer no sentido de zelarem pela proteção e segurança do doente crítico, assegurando a sua monitorização contínua e atuando de forma atempada (Day, 2010). O *standard* do transporte intra-hospitalar do doente crítico é: providenciar durante o transporte o mesmo nível de cuidados, monitorização e intervenções que estão acessíveis ao doente durante a sua permanência na UCI (Day, 2010).

Existem alterações fisiológicas no doente durante o seu transporte, estas passam por um lado pelo movimento associado à deslocação do doente (aceleração, desaceleração, mudança de posicionamento, deslocação de uma superfície para outra) com potencial para provocar alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas, psicológicas e cutâneas; por outro lado existem alterações ambientais pois o doente abandona o espaço físico da UCI para se deslocar para outro local, ocorrendo mudanças ao nível do equipamento (p.ex: ventilador, monitor, ...), ruído, desconforto (rigidez da marquesa operatória e das mesas de exames, ...) aumentando o stress fisiológico no doente crítico (Fanara et al, 2010).

Quanto mais crítica a condição do doente, maior a probabilidade de ocorrerem problemas durante o transporte intra-hospitalar (Day, 2010; Fanara et al et al, 2010).



Durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer falhas de sistema ou falhas relacionadas com a condição do doente (Esquema 1).

Durante a realização do transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer alguns eventos adversos, nomeadamente: perda de via aérea, obstrução do TET por *kinking* ou por presença de rolhões de secreções; aumento do reflexo de tosse; hipoxemia, diminuição do rácio PaO_2/FiO_2 ; pneumonia associada à ventilação mecânica; pneumotórax hipertensivo; dor torácica; paragem cardíaca; instabilidade hemodinâmica; hemorragia; embolia gasosa; aumento da PIC; lesão da espinhal medula; interrupção de terapêutica (Lahner et al, 2007; Day, 2010; Almeida et al, 2012); remoção accidental de SNG; vômito; incidente com cateter venoso periférico (remoção accidental, desconexão, trombose); incidente com cateter venoso central ou arterial (desconexão, trombose); deslocação do cateter de drenagem vesical; deslocação do TET; bólus accidental de terapêutica vasopressora (Parmentier-Decrucq et al, 2013).

Através da análise dos eventos adversos supramencionados a ocorrer durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico constata-se que deles fazem parte a ocorrência de extubação accidental, a remoção accidental de SNG e a remoção accidental de cateteres intravasculares. Do mesmo modo, é possível verificar que durante o transporte crítico também ocorrem situações que podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência de extubação accidental, remoção accidental de SNG e de cateteres intravasculares, tais como, agitação, hemorragia, dor, predispondo o mesmo para a incidência dessas situações. Numa situação de monitorização inadequada e agitação do doente pode ocorrer uma situação de extubação accidental (Day, 2010). A mesma autora acrescenta, que a inexperiência com o equipamento de transporte pode conduzir a desconexões, perda de acessos intravasculares, interrupção de terapêutica, administração accidental de bólus e hemorragia, que podem aumentar a instabilidade do doente (Day, 2010).

Assim sendo, o profissional de enfermagem em UCI deve estar ciente dessas informações planeando ações preventivas durante a realização do transporte para diminuir a incidência de eventos adversos durante o mesmo. Seguidamente, salientarei os cuidados preventivos para a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico atendendo à evidência pesquisada.

- **Cuidados preventivos para a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico**
 - Criação de norma de procedimento/Check-list com *guidelines* para a realização do transporte intra-hospitalar do doente crítico (Fanara et al, 2010; Parmentier-Decrucq et al, 2013)
 - Criação de sessões de formação/treino para médicos e enfermeiros que realizam transporte de doentes críticos com simulações de falhas (médicas, mecânicas, técnicas) durante o transporte e treino das medidas a implementar (Almeida et al, 2012; Droogh et al, 2012; Parmentier-Decrucq et al, 2013)
 - Ponderar prioridade e necessidade (riscos/benefícios) de realização do transporte em equipa multidisciplinar atendendo à condição atual do doente (Day, 2010; Fanara et al, 2010; Almeida et al, 2012)
 - Selecionar os elementos que vão compor a equipa de transporte (Fanara et al, 2010)
 - Organização e divisão de tarefas pelos vários elementos da equipa de transporte (Almeida et al, 2012)
 - Escolha da melhor rota para a realização do transporte (Day, 2010)
 - Três pessoas para a realização do transporte (equipa de transporte), aumentando a vigilância do doente durante o mesmo e a capacidade de atuação em caso de eventos adversos (Parmentier-Decrucq et al, 2013)
 - A equipa de enfermagem é fundamental pertencer à equipa de transporte porque reduz a incidência de eventos adversos (Almeida et al, 2012).
 - Equipa de transporte composta por médico e enfermeiro (evidência 1A) (Almeida et al, 2012)
 - Selecionar o equipamento adequado ao transporte daquele doente específico, facilitando a continuidade de cuidados e a monitorização contínua do doente ao longo do transporte (Day, 2010; Fanara et al, 2010; Almeida et al, 2012; Droogh et al, 2012)
 - Existência de documento de registo para realizar avaliação da condição do doente antes, durante e após a realização do transporte (Fanara et al, 2010)
 - Testar o equipamento antes de o ligar ao doente (Fanara et al, 2010)
 - Avaliação e preparação meticulosa do doente (Fanara et al, 2010; Almeida et al, 2012)

- Avaliação da quantidade de O2 existente nas balas de transporte (Fanara et al, 2010; Almeida et al, 2012)
- Assegurar que o serviço de destino do doente está pronto para o receber e com o equipamento adequado à condição do doente e sem tempo de espera (Day, 2010; Fanara et al, 2010)
- Usar maca, bombas infusoras, monitor com sensor de oximetria e ventilador portátil durante o transporte (Almeida et al, 2012)
- Cuidados (Day, 2010)
 - **Via aérea em doente com TET:**
 - ❖ Verificar se as traqueias do doente não estão estiradas, nem correm o risco de estirar durante a movimentação do doente;
 - ❖ Assegurar que o doente se encontra sedado
 - ❖ Doente com contenção física se necessário para manter mãos longe do TET
 - ❖ Avaliar nível do TET na comissura labial após cada transferência do doente
 - ❖ Aspirar secreções do TET antes do transporte e se necessário durante o transporte para manter a optimização do tubo
 - ❖ Usar ventilador com alarme para alta pressão, baixo volume e desconexão
 - ❖ Não clampar drenos torácicos durante o transporte. Se drenos em aspiração ativa, interromper a aspiração para o transporte. Se drenos torácico conectado a reservatório com selo de água, garantir que este fica sempre abaixo do nível do tórax do doente durante o transporte.
 - **Monitorização hemodinâmica:**
 - ❖ O mínimo necessário, mantendo o que o doente tem durante a permanência na UCI;
 - ❖ Avaliação de temperatura corporal e colocação de aquecimento para evitar hipotermia;
 - **Cateteres intravasculares:**
 - ❖ Todos os cateteres devem ser organizados, identificados com etiquetas e assegurar que os sistemas e prolongamentos estão permeáveis, fixos e não se encontram estirados. Se os prolongamentos estiverem emaranhados, dobrados pode conduzir a que o profissional fique confuso,

frustrado o que pode aumentar a ocorrência de erros e de eventos adversos.

- ❖ “Keep it simple” → levar o estritamente necessário. Perfusões que não são necessárias à manutenção da vida do doente não devem ser levadas durante o transporte
- ❖ Utilizar prolongamentos dos sistemas de soro para dar mais margem para a transferência do doente e consequente movimento da cama, sem estirar ou exteriorizar os cateters.
- ❖ As seringas infusoras devem ser fixas a suportes de soro móveis ao invés de fixas à cama
- ❖ Identificar uma torneira de acesso venoso para utilizar me caso de emergência como PCR.

A redução de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico passa pela prevenção primária, validando os fatores técnicos, organizacionais e humanos antes da realização do transporte (Fanara et al, 2010).

Conclusão

Através da análise das revisões de literatura efetuadas anteriormente é possível identificar contributos para a prática dos cuidados de enfermagem ao doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos. Estes estendem-se não apenas para os indicadores de qualidade de enfermagem de resultado, mas também complementam indicadores de estrutura (existência de instrumento de registo e norma de procedimento com a identificação da evidência científica sobre a temática fundamentando a sua relevância para a prática de cuidados) e de processo (existência de documento com a descrição da forma como será realizada a avaliação desses indicadores). A avaliação da qualidade deve ser entendida como um processo contínuo, pressupondo o envolvimento de todos os intervenientes no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade.

Com as evidências deste trabalho e no sentido de o harmonizar com a prática dos cuidados de enfermagem na UCI do HGO vai ser criada uma nova Norma de Procedimento no serviço relativa ao Planeamento do Transporte intra-hospitalar do doente crítico e serão revistas 4 Normas de Procedimento existentes, nomeadamente:

- Norma de Procedimento UCI – 3003: Colocação e manutenção de cateteres venosos centrais;
- Norma de Procedimento UCI – 3022: Entubação gástrica e manutenção de sonda;
- Norma de Procedimento UCI – 3025: Higiene oral em doentes ventilados;
- Norma de Procedimento UCI – 3042: Cuidados de Enfermagem ao doente ventilado com tubo endotraqueal;

Com a criação e revisão das Normas de Procedimento supracitadas, será posteriormente desenvolvido um processo de auditoria desses processos e calculado os indicadores de qualidade de enfermagem: *Taxa de incidência de extubação não planeada*, a *Taxa de incidência de perda (extubação) de sonda nasogástrica* e a *Taxa de incidência de perda (remoção acidental) de cateter intravascular*.

<i>Taxa de Incidência de Extubação não planeada no doente adulto internado na UCI</i>	
<i>Descrição</i>	Pretende monitorizar o número de episódios de extubação não planeada ocorridos nos doentes adultos internados na Unidade de Cuidados Intensivos submetidos a ventilação mecânica com tubo endotraqueal (TET) durante um período de tempo. A extubação não planeada pode acontecer de forma acidental por interferência de ou ser o próprio doente a remover o TET, designam-se por auto-extubação.
<i>Justificação</i>	Os episódios de extubação acidental têm o potencial para comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente, podendo levar a complicações graves do foro respiratório (laringoespasmo, edema laríngeo, pneumonia de aspiração, broncoespasmo e falência respiratória) e hemodinâmico (hipotensão, hipertensão, taquiarritmias), conduzindo a paragem cardíaca e consequente morte do doente. A ocorrência de um episódio de extubação não planeada também conduz a um aumento do período de ventilação do doente, do período de permanência na UCI e permanência hospitalar e, do mesmo modo, aumenta a probabilidade do doente necessitar de cuidados e vigilância como doente crónico. A prevenção da incidência deste tipo de episódio é de extrema relevância para a prevenção de complicações e evitar o agravamento do estado de saúde do doente. A nível económico e financeiro é de prever uma diminuição dos custos associados a estes doentes, pois diminui a incidência de complicações e do mesmo modo, o tempo de permanência na UCI.
<i>Medida da Falha</i>	[Número de episódios de extubação não planeada, durante o período em análise, ocorridos na UCI / número de doentes com ventilação mecânica por TET durante o período em análise] [Número de episódios de extubação não planeada, durante o período em análise, ocorridos na UCI / número de doentes com ventilação mecânica por TET durante o período em análise]
<i>Inclui/Exclui</i>	Inclui: ☐ Doentes internados na UCI submetidos a ventilação mecânica com TET Exclui: ☐ Doentes internados na UCI submetidos a ventilação mecânica por cânula de traqueostomia ☐ Doentes pediátricos ☐ Doentes não internados na Unidade de Cuidados Intensivos
<i>Indicadores a monitorizar</i>	Número de episódios de extubação não planeada de doentes internados na UCI submetidos a ventilação mecânica durante o período em análise Número de doentes submetidos a ventilação mecânica com TET na UCI durante o período em análise Número total de dias de ventilação mecânica de doentes admitidos na UCI, durante o período em análise
<i>Dedução</i>	Anual

Taxa de incidência de perda (extubação) de sonda nasogástrica no doente adulto internado na UCI

<i>Descrição</i>	Pretende monitorizar o número de episódios de perda (extubação) de sonda nasogástrica nos doentes internados na Unidade de Cuidados durante um período de tempo.
<i>Justificação</i>	A entubação nasogástrica é essencial para instituir suporte nutricional específico no doente crítico pois este apresenta níveis elevados de stress fisiológico decorrentes da existência de lesão, traumatismo, cirurgia ou quadro de sépsis. A perda acentuada de proteínas provoca perda ponderal de peso e coloca em risco a sobrevivência do doente. Das complicações associadas à desnutrição destacam-se: a disfunção do trato digestivo (absorção); alterações imunológica; disfunção da musculatura respiratória (dificuldade de desmame do ventilador); dificuldade de cicatrização das feridas; aparecimento de úlceras de pressão; limitação do prognóstico; aumento do tempo de hospitalização. O suporte nutricional nos doentes críticos é fundamental para a manutenção de um estado nutricional ótimo, reduzindo complicações associadas à doença crítica e promovendo a sua recuperação. No doente crítico a alimentação entérica deve ser a primeira escolha, se não estiver contraindicada, pois: previne a atrofia da mucosa intestinal, previne a translocação bacteriana; preserva a integridade da mucosa; reduz a incidência de complicações sépticas (diminuindo o risco de infeção e aumentando a secreção de IgA); custo muito inferior ao da alimentação parentérica. A substituição de uma SNG aumenta as complicações para o doente e, do mesmo modo, aumenta os custos hospitalares pois será necessária uma sonda nasogástrica nova, custos com o pessoal, pois o profissional de enfermagem terá de realizar um novo procedimento de entubação e um novo RX para confirmação da sua localização.
<i>Medida da Falha</i>	[Número de episódios de perda (extubação) de sonda nasogástrica, durante o período em análise, ocorridos na UCI / número de doentes internados na UCI com sonda nasogástrica durante o período em análise]
<i>Inclui/Exclui</i>	Inclui: ☐ Doentes internados na UCI com sonda nasogástrica. Exclui: ☐ Doentes não internados na Unidade de Cuidados Intensivos
<i>Indicadores a monitorizar</i>	Número de episódios de perda (extubação) de sonda nasogástrica nos doentes internados na UCI durante o período de análise Número de doentes com sonda nasogástrica na UCI, durante o período em análise
<i>Dedução</i>	Anual

<i>Taxa de incidência de perda (remoção acidental) de cateter intravascular no doente adulto internado na UCI</i>	
<i>Descrição</i>	Pretende monitorizar o número de episódios de perda (remoção acidental) de cateter intravascular no doente adulto internado na Unidade de Cuidados Intensivos durante um período de tempo.
<i>Justificação</i>	Os cuidados de enfermagem na manutenção dos cateteres intravasculares (CIV) são uma necessidade constante para a prática de cuidados de enfermagem, com especial relevância no atendimento do doente crítico, pela instabilidade hemodinâmica subjacente com necessidade de fluidoterapia agressiva, administração de soluções hiperosmolares e irritantes para o sistema venoso periférico e monitorização hemodinâmica.
<i>Medida da Falha</i>	[Número de episódios de perda (remoção acidental) de cateter intravascular, durante o período em análise, ocorridos na UCI / número de doentes internados na UCI, durante o período em análise]
<i>Inclui/Exclui</i>	Inclui: ☐ Doentes internados na UCI com cateteres intravasculares. Exclui: ☐ Doentes não internados na Unidade de Cuidados Intensivos
<i>Indicadores a monitorizar</i>	Número de episódios de perda (remoção acidental) de cateteres intravasculares nos doentes internados na UCI durante o período de análise
<i>Dedução</i>	Anual

Proposta de Norma de Procedimento: Planeamento do Transporte

Intra-hospitalar do doente crítico

Assunto: Planeamento do transporte intra-hospitalar do doente crítico

Finalidade: Prevenir a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Palavras-chave: Doente crítico; transporte intra-hospitalar; planeamento

Conceito:

O transporte intra-hospitalar consiste na transferência do doente crítico da UCI para outro serviço dentro da instituição hospitalar, por motivo de realização de exames complementares de diagnóstico ou de procedimentos.

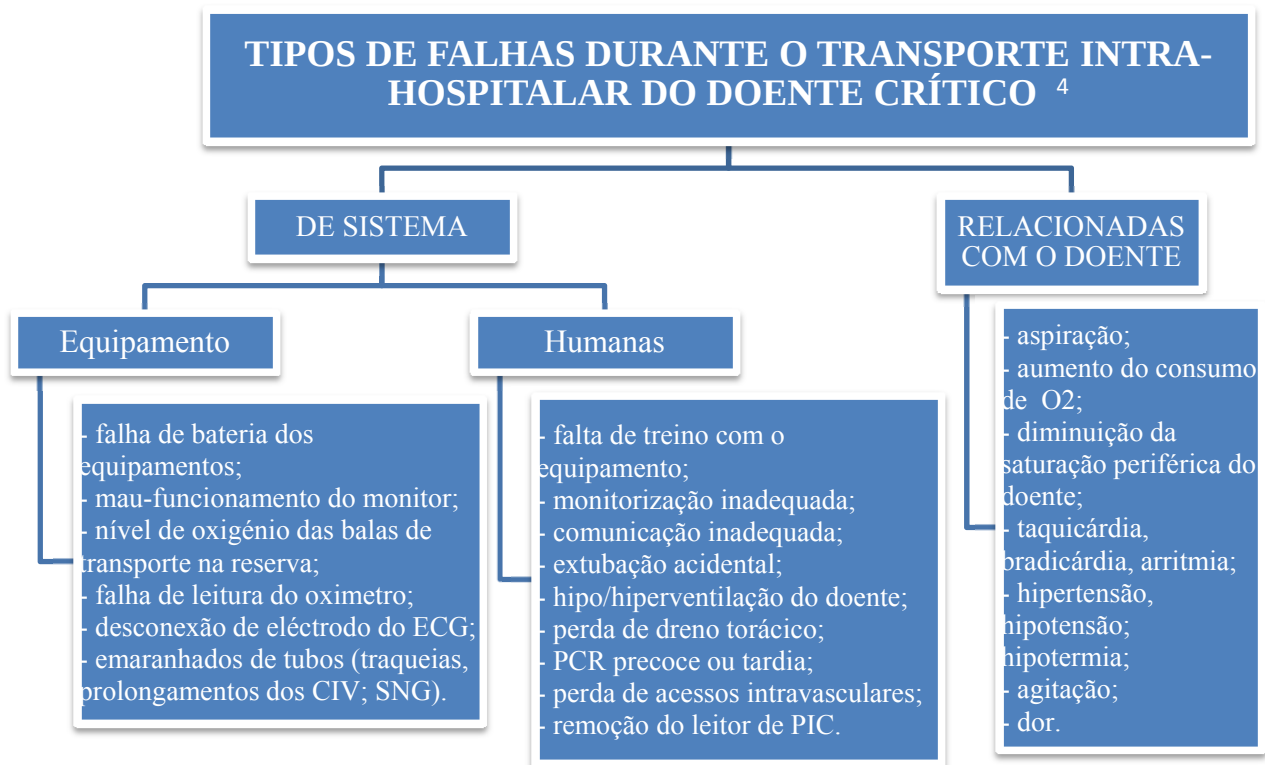
Existem alguns perigos potenciais durante a realização do transporte de doentes críticos que o profissional de enfermagem deve conhecer no sentido de zelar pela proteção e segurança do doente, assegurando a sua monitorização contínua e atuando de forma atempada ¹.

O *standard* do transporte intra-hospitalar do doente crítico é: providenciar durante o transporte o mesmo nível de cuidados, monitorização e intervenções que estão acessíveis ao doente durante a sua permanência na UCI. Quanto mais crítica a condição do doente, maior a probabilidade de ocorrerem problemas durante o transporte intra-hospitalar ^{1,5}.

Durante a realização do transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer alguns eventos adversos, nomeadamente: perda de via aérea, obstrução do TET por *kinking* ou por presença de secreções; aumento do reflexo de tosse; hipoxemia, diminuição do rácio PaO_2/FiO_2 ; pneumonia associada à ventilação mecânica; pneumotórax hipertensivo; dor torácica; paragem cardíaca; instabilidade hemodinâmica; hemorragia; embolia gasosa; aumento da PIC; lesão da espinhal medula; interrupção de terapêutica ^{1,4,6}; remoção accidental de SNG; vômito; incidente com cateter venoso periférico (remoção accidental, desconexão, trombose); incidente com cateter venoso central ou arterial (desconexão, trombose); deslocação do cateter de drenagem vesical; deslocação do TET; bólus accidental de terapêutica vasopressora ⁷.

A equipa de transporte intra-hospitalar do doente crítico deve ser composta por 3 elementos: aumentando a vigilância do doente durante o mesmo e a capacidade de atuação em caso de eventos adversos⁷. Dela devem fazer parte pelo menos um médico e um enfermeiro (evidência 1A)¹.

Durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer falhas de sistema ou falhas relacionadas com a condição do doente⁴ (Esquema1).



A redução de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico passa pela prevenção primária, validando os fatores técnicos, organizacionais e humanos antes da realização do transporte⁵.

Descrição

- Ponderar prioridade e necessidade (riscos/benefícios) de realização do transporte em equipa multidisciplinar atendendo à condição atual do doente;
- Selecionar os elementos que vão compor a equipa de transporte dividindo as tarefas a realizar;
- Selecionar e testar o equipamento adequado ao transporte daquele doente específico, não esquecendo de verificar a quantidade de O₂ existente nas balas de transporte.

- Avaliar a condição do doente, informá-lo da necessidade de realizar o transporte (se a sua condição o permitir) e iniciar a sua preparação – “Keep it simple” ou seja, levar o estritamente necessário:
 - **Manutenção da via aérea do doente com TET:**
 - Avaliar nível do TET na comissura labial antes de iniciar o transporte e após cada transferência do doente;
 - Verificar se as traqueias do doente não estão estiradas, nem correm o risco de estirar durante a movimentação do doente;
 - Aspirar secreções do TET antes do transporte;
 - Doente com contensão física se necessário para manter mãos longe do TET;
 - Usar ventilador portátil com alarme para alta pressão, baixo volume e desconexão e monitor com sensor de oximetria;
 - Não clampar drenos torácicos durante o transporte. Se drenos em aspiração ativa, interromper a aspiração para o transporte. Se drenos torácico conectado a reservatório com selo de água, garantir que este permanece abaixo do nível do tórax do doente durante o transporte;
 - **Monitorização hemodinâmica:**
 - O mínimo necessário, mantendo o que o doente tem durante a permanência na UCI;
 - Avaliação de temperatura corporal e colocação de aquecimento para evitar hipotermia;
 - **Cateteres intravasculares:**
 - Todos os cateteres devem ser organizados, identificados com etiquetas e assegurar que os sistemas e prolongamentos estão permeáveis, fixos e não se encontram estirados.
 - Colocar as perfusões em seringas e bombas infusoras que devem ser fixas a suportes de soro móveis ao invés de fixas à cama. Perfusões que não são necessárias à manutenção da vida do doente não devem ser levadas durante o transporte;
 - Utilizar prolongamentos dos sistemas de soro para dar mais margem para a transferência do doente e consequente movimento da cama, sem estirar ou exteriorizar os cateteres;

- Identificar uma torneira de acesso venoso para utilizar em caso de emergência
- **Considerações adicionais:**
 - Fixar drenagem vesical e outros sistemas de drenagem que o doente possua;
 - Na mudança do doente da cama da UCI para a maca assegurar a fixação de todo o dispositivo ventilatório, limitar a mobilização da cabeça do doente aquando a transferência, assim como envolver o maior número de profissionais.
- Assegurar que o serviço de destino do doente está pronto para o receber e com o equipamento adequado à condição do doente e sem tempo de espera;
- Escolher o melhor percurso para a realização do transporte;
- No destino transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor do setor e trocar o ventilador de transporte pelo do setor (se presente) e avaliar adaptação do paciente. Se for para realizar um exame, simular a entrada do doente no aparelho de ressonância e TAC para ter a ideia exata do comprimento das traqueias do ventilador dentro dos aparelhos.
- Existência de documento de registo para realizar avaliação da condição do doente antes, durante e após a realização do transporte.

- **Norma de Procedimento UCI 3003 – Colocação e manutenção de cateteres venosos centrais**

1. Prevenção da infeção:

1.3. Não utilizar pomadas ou cremes com antibiótico no local de inserção do cateter devido ao potencial de desenvolvimento de infeções fúngicas ou resistências aos microbianos.

3. Execução do Penso:

3.3. Colocar pensos estéreis. Usar penso de gaze se o local de inserção estiver sangrante ou doente com sudorese intensa ou penso impermeável transparente tipo “opside” se doente em atmosfera húmida ou sialorreia intensa.

3.5. Executar o penso de:

- 2/2 dias se local de inserção protegido com penso de gaze;
- 3-7 dias se local de inserção protegido com penso transparente, conforme recomendações do fabricante.

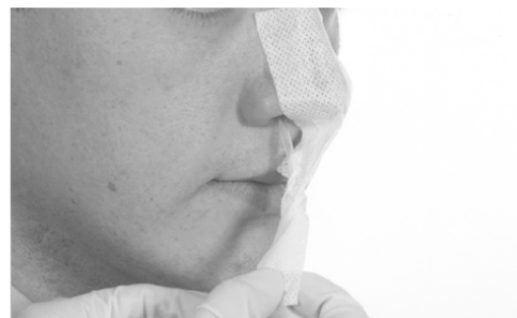
- SOS: remoção ou substituição do CVC ou sempre que o penso estiver: húmido, descolado, repassado ou for necessário inspecionar o local de inserção do cateter.

- **Norma de Procedimento UCI 3022 – Entubação gástrica e manutenção de sonda**

j. Fixar sonda com adesivo hipoalérgico no nariz para evitar deslocações acidentais ou extubações.

→ Técnica recomendada:

- o Cortar 10 cm de adesivo do tipo Mefix;
- o Colar longitudinalmente ao longo do nariz, deixando 5 cm na zona inferior;
- o A ponta inferior do adesivo é enrolada à volta da SNG;
- o Cortar uma tira de 5 cm de adesivo e colar transversalmente na ponte do nariz para garantir a fixação da SNG, mas não de forma a tracionar o seio nasal, podendo provocar ulceração.



→ O adesivo tem de ser substituído com regularidade, especialmente em doentes com sudorese intensa ou pele oleosa.

- **Norma de Procedimento UCI 3025 – Higiene oral em doentes ventilados**

B.1.

- Verificar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório do doente;
- Manter o tubo apoiado por um dos elementos de equipa, diferente do que está a executar a técnica;
- Avaliar integridade da mucosa e pele circundante ao tubo endotraqueal;

- **Norma de Procedimento UCI 3042 – Cuidados de Enfermagem ao doente ventilado com tubo endotraqueal.**

Cuidados de enfermagem – Manutenção

➔ **Cuidados à cabeça e couro cabeludo:**

- o Verificar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório;
- o Manter o tubo apoiado por um dos membros da equipe diferente do executor da técnica;
- o Aproximar o paciente para a beira da cama;
- o Elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e parte posterior;
- o Elevar a cabeça apoiando em toalha seca após enxaguar;

➔ **Cuidados à cavidade oral e rosto:**

- o Ver NP UCI 3025;

➔ **Higiene do corpo:**

- o Mudar o paciente para o decúbito lateral do lado em que se encontra o ventilador para higiene do dorso e glúteos;

➔ **Mudança dos lençóis:**

- o No momento da troca dos lençóis o doente fica em decúbito lateral, sendo necessário verificar continuamente as condições de fixação do TET e a inexistência de tração das traqueias do ventilador enquanto o doente permanecer nesse decúbito.

➔ **Posicionamento do doente:**

- o Feito por dois profissionais de saúde.
- o Verificar a fixação do dispositivo ventilatório antes de iniciar o posicionamento;
- o Soltar as traqueias do suporte do ventilador do suporte;
- o Baixar a cabeceira;
- o Apoiar as traqueias no próprio braço do enfermeiro;
- o Deve-se elevar o paciente no leito e nesse momento manter os olhos no dispositivo ventilatório do doente;
- o Após o posicionamento fixar as traqueias no suporte do ventilador com folga para que caso ocorra deslocamento do paciente no leito, o dispositivo ventilatório não sofra tração;

➔ **Transporte do doente:**

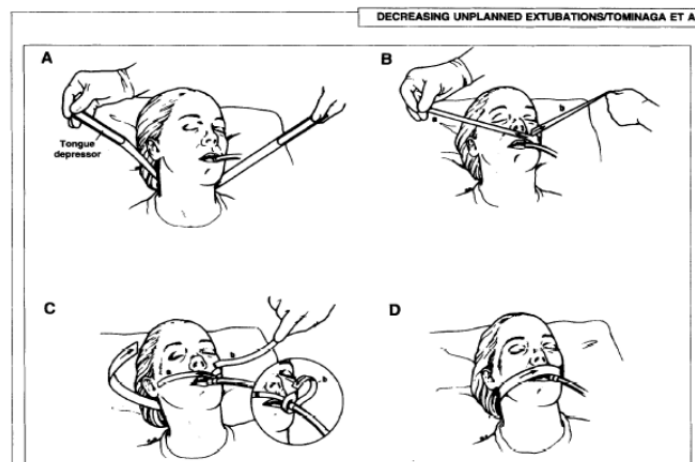
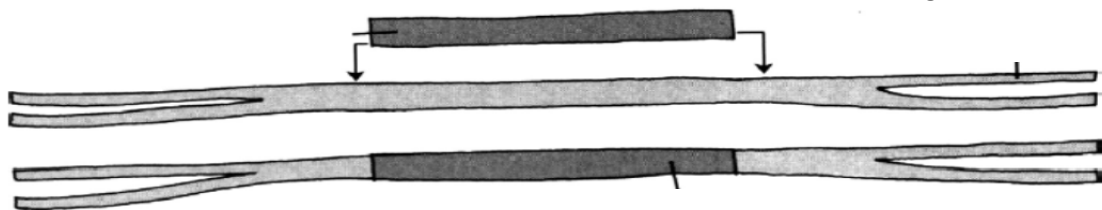
- o Certificar nível de sedação e analgesia antes de iniciar o transporte;
- o Verificar a fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o ventilador de transporte e a bala de oxigénio;
- o Verificar a fixação do TET antes de iniciar o transporte;
- o Se for para realizar um exame, simular a entrada do paciente no aparelho de ressonância e TAC para se ter a ideia exata da necessidade do comprimento das traqueias do ventilador dentro dos aparelhos;
- o Na mudança do doente da cama da UCI para a maca assegurar a fixação de todo o dispositivo ventilatório, limitar a mobilização da cabeça do doente aquando da transferência, assim como envolver o maior número de profissionais.
- o Consultar *Norma de Procedimento sobre o transporte intra-hospitalar do doente crítico.*

3. Fixar o tubo de forma a evitar a sua mobilização:

- A utilização de adesivo revelou-se mais eficaz que 3 dos dispositivos de fixação do TET e é uma solução mais económica.
- O uso de nastro ou de adesivo revelam-se eficazes na prevenção de extubação não planeada e preservam a integridade da mucosa oral e da pele.

➔ Exemplo de método de fixação com adesivo impermeável (Tominaga et al, 1995 e Carlson et al 2007)

Figura 1



Método para fixar o TET usando adesivo impermeável:

9. Limpar com uma compressa com álcool a face do doente onde vai assentar o adesivo e deixar secar;
10. Cortar o adesivo de cerca de 1cm de largura e cortar com o tamanho de cerca de 1,5 x a circular da cabeça do doente;
11. Cortar outra porção de adesivo com tamanho suficiente para possibilitar circular 1x a cabeça do doente e esta porção é colada no meio do adesivo cortado inicialmente (com a face adesiva para o mesmo, para que a parte aderente não cole no pescoço do doente) (figura 1);
12. A peça de adesivo é colocada à volta do pescoço do doente (imagem A);
13. Aplicar tintura de Benjoim na pele que vai entrar em contato com o adesivo;
14. Puxar as pontas do adesivo firmemente contra a parte posterior do pescoço;
15. A ponta esquerda é dividida ao meio longitudinalmente (pelo menos 2 cm). A parte superior é colada junto ao lábio superior no sentido da esquerda para a direita (imagem B). A parte inferior é enrolada pelo menos 2x à volta do TET e depois cruza para a bochecha direita do doente (imagem C). Verificar que o tubo de insuflação do cuff e o seu ponto de inserção no TET não é envolvido no adesivo;
16. A parte superior do adesivo que estava junto ao lábio superior é enrolada também pelo menos 2x à volta do TET e fica aderente na bochecha direita;
17. A ponta direita do adesivo é colada na bochecha esquerda (imagem D).

Manutenção do método de fixação do TET

- Aderência do adesivo é influenciada pela saliva, sangue, vômito sendo necessário verificar fixação do TET após exposição a esses elementos;
- Quando for necessário substituir o adesivo ou nastro fixador do TET é necessário verificar o nível de sedação e colaboração do paciente e se necessário chamar ajuda para manter o tubo estabilizado e evitar uma extubação acidental do doente;
- Remover o método de fixação antigo e manter uma das mãos no tubo endotraqueal e esta apoiada no dorso do paciente com a finalidade de não perder o ponto de apoio durante o procedimento;
- Inspeccionar cavidade oral e fazer um retoque na barba caso necessário;
- Passar solução desengordurante e de proteção, Benjoim ou Cavilon;
- Esperar secar e fixar respeitando o posicionamento do TET e a numeração na comissura labial;

- Verificar que o tubo de insuflação do cuff está lateralizado e visível, com o seu ponto de inserção no TET livre de tração ou dobras.

10. Cuidados de enfermagem preventivos de extubação acidental:

- Explicar ao doente a necessidade do TET;
- Comunicar com o doente de forma frequente: os enfermeiros mais experientes conseguem perceber o doente com maior facilidade e utilizam estratégias adaptativas (quadros de escrita, leitura, desenho), diminuindo a ansiedade do doente que percebe que é entendido;
- Aplicação de medidas de conforto e de distrações sensoriais;
- Identificação precoce de sinais de hipoxia e avaliação da dor;
- Aumentar o horário das visitas à unidade para aumentar o contacto com os familiares e pessoas significativas;
- Vigilância regular do doente, principalmente durante a realização de procedimentos invasivos;
- Validar fixação do tubo antes das passagens de turno e antes da realização dos cuidados de enfermagem;
- Avaliar o nível de sedação e consciência do doente de forma frequente evitando períodos de agitação; Se for necessário utilizar contenção física no doente, colocar as mãos deste a pelo menos 20 cm do TET;
- Rácio enfermeiro/doente apropriado às necessidades reais do serviço;
- Ter um enfermeiro disponível para apoio aos doentes durante a passagem de turno;
- Formação contínua dos enfermeiros, treino e atualização constante das práticas para evitar a existência de extubações não planeadas. Realizar estudos de investigação sobre: alívio da dor, desmame ventilatório, métodos de fixação do TET, melhoria da comunicação enf./doente.

Proposta de Norma de Procedimento: Planeamento do Transporte

Intra-hospitalar do doente crítico

Assunto: Planeamento do transporte intra-hospitalar do doente crítico

Finalidade: Prevenir a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Palavras-chave: Doente crítico; transporte intra-hospitalar; planeamento

Conceito:

O transporte intra-hospitalar consiste na transferência do doente crítico da UCI para outro serviço dentro da instituição hospitalar, por motivo de realização de exames complementares de diagnóstico ou de procedimentos.

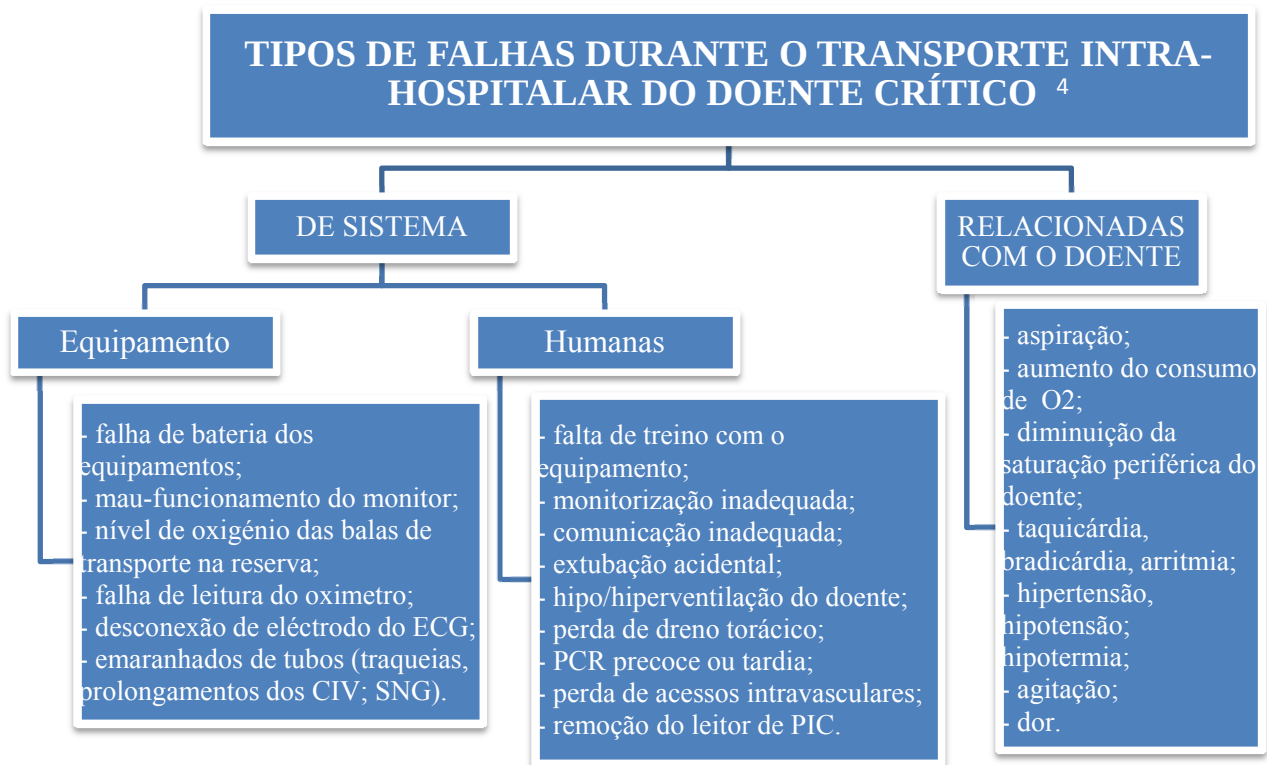
Existem alguns perigos potenciais durante a realização do transporte de doentes críticos que o profissional de enfermagem deve conhecer no sentido de zelar pela proteção e segurança do doente, assegurando a sua monitorização contínua e atuando de forma atempada ¹.

O *standard* do transporte intra-hospitalar do doente crítico é: providenciar durante o transporte o mesmo nível de cuidados, monitorização e intervenções que estão acessíveis ao doente durante a sua permanência na UCI. Quanto mais crítica a condição do doente, maior a probabilidade de ocorrerem problemas durante o transporte intra-hospitalar ^{1,5}.

Durante a realização do transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer alguns eventos adversos, nomeadamente: perda de via aérea, obstrução do TET por *kinking* ou por presença de secreções; aumento do reflexo de tosse; hipoxemia, diminuição do rácio PaO_2/FiO_2 ; pneumonia associada à ventilação mecânica; pneumotórax hipertensivo; dor torácica; paragem cardíaca; instabilidade hemodinâmica; hemorragia; embolia gasosa; aumento da PIC; lesão da espinhal medula; interrupção de terapêutica ^{1,4,6}; remoção accidental de SNG; vômito; incidente com cateter venoso periférico (remoção accidental, desconexão, trombose); incidente com cateter venoso central ou arterial (desconexão, trombose); deslocação do cateter de drenagem vesical; deslocação do TET; bólus accidental de terapêutica vasopressora ⁷.

A equipa de transporte intra-hospitalar do doente crítico deve ser composta por 3 elementos: aumentando a vigilância do doente durante o mesmo e a capacidade de atuação em caso de eventos adversos⁷. Dela devem fazer parte pelo menos um médico e um enfermeiro (evidência 1A)¹.

Durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico podem ocorrer falhas de sistema ou falhas relacionadas com a condição do doente⁴ (Esquema1).



A redução de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico passa pela prevenção primária, validando os fatores técnicos, organizacionais e humanos antes da realização do transporte⁵.

Descrição

- Ponderar prioridade e necessidade (riscos/benefícios) de realização do transporte em equipa multidisciplinar atendendo à condição atual do doente;
- Selecionar os elementos que vão compor a equipa de transporte dividindo as tarefas a realizar;
- Selecionar e testar o equipamento adequado ao transporte daquele doente específico, não esquecendo de verificar a quantidade de O₂ existente nas balas de transporte.

- Avaliar a condição do doente, informá-lo da necessidade de realizar o transporte (se a sua condição o permitir) e iniciar a sua preparação – “Keep it simple” ou seja, levar o estritamente necessário:
 - **Manutenção da via aérea do doente com TET:**
 - Avaliar nível do TET na comissura labial antes de iniciar o transporte e após cada transferência do doente;
 - Verificar se as traqueias do doente não estão estiradas, nem correm o risco de estirar durante a movimentação do doente;
 - Aspirar secreções do TET antes do transporte;
 - Doente com contensão física se necessário para manter mãos longe do TET;
 - Usar ventilador portátil com alarme para alta pressão, baixo volume e desconexão e monitor com sensor de oximetria;
 - Não clampar drenos torácicos durante o transporte. Se drenos em aspiração ativa, interromper a aspiração para o transporte. Se drenos torácico conectado a reservatório com selo de água, garantir que este permanece abaixo do nível do tórax do doente durante o transporte;
 - **Monitorização hemodinâmica:**
 - O mínimo necessário, mantendo o que o doente tem durante a permanência na UCI;
 - Avaliação de temperatura corporal e colocação de aquecimento para evitar hipotermia;
 - **Cateteres intravasculares:**
 - Todos os cateteres devem ser organizados, identificados com etiquetas e assegurar que os sistemas e prolongamentos estão permeáveis, fixos e não se encontram estirados.
 - Colocar as perfusões em seringas e bombas infusoras que devem ser fixas a suportes de soro móveis ao invés de fixas à cama. Perfusões que não são necessárias à manutenção da vida do doente não devem ser levadas durante o transporte;
 - Utilizar prolongamentos dos sistemas de soro para dar mais margem para a transferência do doente e consequente movimento da cama, sem estirar ou exteriorizar os cateteres;

- Identificar uma torneira de acesso venoso para utilizar em caso de emergência
- **Considerações adicionais:**
 - Fixar drenagem vesical e outros sistemas de drenagem que o doente possua;
 - Na mudança do doente da cama da UCI para a maca assegurar a fixação de todo o dispositivo ventilatório, limitar a mobilização da cabeça do doente aquando a transferência, assim como envolver o maior número de profissionais.
- Assegurar que o serviço de destino do doente está pronto para o receber e com o equipamento adequado à condição do doente e sem tempo de espera;
- Escolher o melhor percurso para a realização do transporte;
- No destino transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor do setor e trocar o ventilador de transporte pelo do setor (se presente) e avaliar adaptação do paciente. Se for para realizar um exame, simular a entrada do doente no aparelho de ressonância e TAC para ter a ideia exata do comprimento das traqueias do ventilador dentro dos aparelhos.
- Existência de documento de registo para realizar avaliação da condição do doente antes, durante e após a realização do transporte.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA et al (2012) - **Intra-hospital transport of critically ill adult patients: complications related to staff, equipment and physiological factors** [Em linha]. Acedido em: 25/10/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a24.pdf.
- ANDRADE et al (2010) - **Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central** [Em linha]. Acedido em: 28/10/2013. Disponível em: http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_55a59.pdf.
- BANERJEE (2007) - **Recommended method of attachment of nasogastric tubes** [Em linha]. Acedido em: 18/10/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048605/>.
- BARNASON et al (1998) - **Comparison of two endotracheal tube securement techniques on unplanned extubation, oral mucosa, and facial skin integrity** [Em linha]. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9835671>.
- BEST (2005) - **Caring for the patient with a nasogastric tube.** [Em linha]. Acedido em: 18/10/2013. Disponível em: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2005.09.20.3.59.c3967>.
- BIRKETT et al (2005) - **Reporting unplanned extubation** [Em linha]. Acedido em: 14/10/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15778070>.
- BOUZA et al (2007) - **Unplanned extubation in orally intubated medical patients in intensive care unit: A prospective cohort study** [Em linha]. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17628196>.
- CARLSON et al (2007) - **Extubation Force: Tape versus Endotracheal Tube Holders** [Em linha]. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17599694.
- CASTELLÕES e SILVA (2007) - **Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental** [Em linha]. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a21v60n1.pdf>.
- CASTELLÕES e SILVA (2009) - **Ações de Enfermagem para a prevenção da extubação acidental** [Em linha]. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/08.pdf>.
- CENTRE OF DISEASE CONTROL (2011) - **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections** [Em linha]. Acedido em: 28/10/2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- DAY (2010) - **Keeping patients safe during intrahospital transport** [Em linha]. Acedido em: 25/10/2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C104.pdf>.
- DIAS, Daniela e JOSÉ, M.^a Helena (2013) - **Indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI – Revisão Sistemática da Literatura.** Trabalho desenvolvido no âmbito da UC métodos de investigação I, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- DONABEDIAN, Avedis (2002) – **An introduction to quality assurance in health care.** [Em linha]. Acedido em: 29/09/2013. Disponível em: http://books.google.pt/books/about/An_Introduction_to_Quality_Assurance_in.html?id=fDSriunx6UEC&redir_esc=y.

DROOGH et al (2012) - **Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises** [Em linha]. Consultado em 25 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396270/>.

FANARA et al (2010) - **Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients** [Em linha]. Consultado em 25 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20470381>.

GARDNER et al (2005) - **Best practice in stabilisation of oral endotracheal tubes: a systematic review.** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038537>.

JANGRA e MALHOTRA (2012) - **Incorrect fixation of endotracheal tube: a cause of non-inflation of the cuff** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634570>.

JARACHOVIC et al (2011) - **The role of standarized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21724634>.

KIEKKAS et al (2012) - **Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577947>.

LAHNER et al (2007) - **Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients** [Em linha]. Consultado em 25 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671822>.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

NUNES e ALMINHAS (2012) - **Cateter Venoso Central: Práticas? ... Na Procura da Excelência** [Em linha]. Consultado em 28 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8172/1/Artigo%20Cateter%20Central%20final.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprova doAG20Nov2010.pdf.

PERMENTIER-DECRUCQ et al (2013) - **Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors** [Em linha]. Consultado em 25 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23587445>.

PINTO e SCHUB (2011) - **Intravascular Catheter Use and Prevention of Infection evidence-based Care Sheet.** [Em linha]. Consultado em 28 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=23&hid=15&sid=70fd785f-36a6-42b8->

8d5d3fe855ca31cc%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#d
b=rzh&AN=5000001104.

PIVA et al (1995) - **Extubação accidental em uma Unidade de Terapia Intensiva** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-72/port.pdf>.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (PNCI) (2006) - **Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares** [Em linha]. Consultado em 28 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntra-vasculares.pdf>.

SILVA e FONSECA (2012) - **Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22366845>.

TOMINAGA et al (1995) - **Decreasing unplanned extubations in the surgical intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492006>.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (2013) – **Guia de Estágio: Curso de mestrado em enfermagem área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica**. Lisboa. 6p.

URDEN et al (2008) – **Thelan's. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1265 p.

YEN et al (2004) - **Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units**. [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14967182>.

Apêndice IX

Extubação não planeada: Contributos para uma prática

de enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI

Comunicação apresentada no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica



2º ENCONTRO DOS
ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

Extubação não planeada: Contributos para uma prática de enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI

Daniela Filipa Dias, Enf.^a no Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta, aluna do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

Patrícia Pontífice Sousa, Prof.^a Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da UCP, Doutorada em Enfermagem, Enf.^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Anabela Esteves, Enf.^a na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Garcia de Orta, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Pós-graduada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2



2º ENCONTRO DOS
ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

Objetivo da Sessão

Identificar as ações de Enfermagem que contribuem para uma prática de enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI, através da prevenção da ocorrência de episódios de extubação não planeada.

3



Enquadramento

O enfermeiro tem o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos.

(Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem)

O enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;*
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

(Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, 2010b)



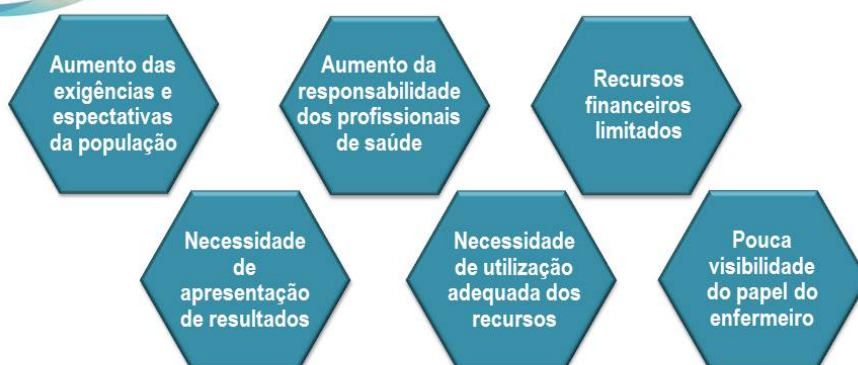
24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

4



Enquadramento

Para melhorar a qualidade dos cuidados o enfermeiro tem de considerar os desafios atuais da enfermagem em Portugal:



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

5



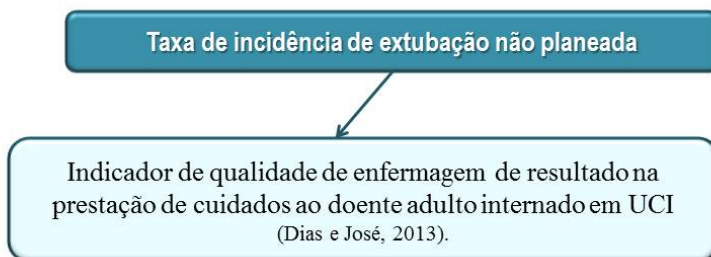
24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

Enquadramento

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser planeada através da utilização de indicadores de qualidade:

“(...) medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde”

(Pereira, 2009, p.54).



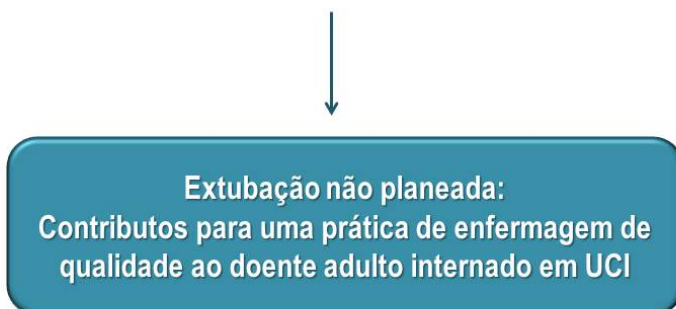
6



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

Enquadramento

Após a seleção do conjunto de indicadores a avaliar num contexto específico de cuidados é necessário clarificar os critérios específicos de cada indicador, identificando as melhores práticas para os cuidados de enfermagem a monitorizar através de um processo de revisão da literatura.



7



Enquadramento

A entubação endotraqueal consiste na utilização de um tubo endotraqueal (TET) para assegurar uma via aérea artificial ao doente durante um período de tempo, possibilitando a sua ventilação mecânica.

Quando a via aérea artificial já não é necessária procede-se à remoção do TET, ocorrendo a extubação. Se esta ocorre de forma não intencional designa-se por **Extubação não planeada**.

Extubação de forma acidental – quando ocorre por interferência de terceiros (profissionais de enfermagem, médicos, AAM,...).

Auto-extubação – o próprio doente remove o TET.

(Urden et al, 2008)



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

8



Enquadramento

Os episódios de extubação não planeada têm o potencial para comprometer a qualidade dos cuidados e a segurança do doente:



Um episódio de extubação não planeada conduz a um aumento do período de ventilação do doente, do tempo de permanência na UCI e no hospital e, do mesmo modo, aumenta a probabilidade do doente necessitar de cuidados e vigilância como doente crónico.

(Birkett et al, 2004; Jarachovic et al, 2011)



A prevenção de episódios de extubação acidental leva a uma diminuição dos custos associados a estes doentes.



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

9



Metodologia

Objetivo da revisão da literatura: **identificar os cuidados de enfermagem preventivos de extubação não planeada na prestação de cuidados ao doente adulto internado em UCI.**

- A pesquisa decorreu durante o mês de Outubro de 2013 através de plataformas de pesquisa e bases de dados *on-line*, utilizando a língua inglesa e língua portuguesa, sem restrição de data de publicação
- 13 artigos constituíram a amostra final: 2 artigos datam de 1995, 1 de 1998, 1 de 2004, 1 de 2005, 3 de 2007, 1 de 2009, 1 de 2011 e 3 de 2012.
- Atendendo à sua origem: 4 são provenientes dos Estados Unidos da América; 4 do Brasil; os remanescentes da Espanha; Austrália; Grécia, Índia e Taiwan.



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

10



Resultados

A evidência encontrada foi dividida em três categorias:

Fatores de Risco
associados à extubação
não planeada

Métodos de fixação do
TET

Ações preventivas da
ocorrência de extubação
não planeada



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

11



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Os cuidados de enfermagem que compõem esta categoria foram divididos pelos seguintes determinantes:

1. Cuidados de higiene e conforto;
2. Posicionamento;
3. Mudança da fixação do TET;
4. Transporte do doente;
5. Outras intervenções.



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

12



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Cuidados de higiene e conforto

Cuidados à cabeça e couro cabeludo:

- Verificar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório (Castellões e Silva, 2007);
- Manter o tubo seguro por um dos membros da equipa – diferente do executor da técnica (Castellões e Silva, 2007; Silva e Fonseca, 2012);
- Aproximar o doente para a berma da cama (Castellões e Silva, 2007);
- Retirar o posicionador de cabeça e apoiá-la num travesseiro impermeável (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e parte posterior da cabeça (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar a cabeça apoiando numa toalha seca após enxaguar o cabelo (Castellões e Silva, 2007).

Cuidados à cavidade oral e rosto:

- Todas as orientações anteriores;
- Mobilizar o dispositivo ventilatório para a limpeza da língua com cuidado e sempre auxiliado (Castellões e Silva, 2007);
- Avaliar integridade da mucosa e pele circundante ao TET (Barnason, 1998).

Higiene do corpo:

- Mudar o doente para o decúbito lateral, do lado em que se encontra o ventilador, para realizar a higiene do dorso e glúteos (Castellões e Silva, 2007);
- Transferir o doente para o decúbito lateral contrário para completar a higiene dorsal se necessário (Castellões e Silva, 2007).

Mudança da roupa da cama do doente:

- No momento da substituição dos lençóis o doente deve estar em decúbito lateral, sendo necessário verificar continuamente as condições de fixação do TET e a inexistência de tração das traqueias (Castellões e Silva, 2009).

13



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Posicionamento

- Verificar a fixação do dispositivo ventilatório (TET) (Castellões e Silva, 2007);
- Soltar as traqueias do ventilador do suporte (Castellões e Silva, 2007);
- Baixar a cabeceira do doente (Castellões e Silva, 2007);
- Apoiar as traqueias no próprio braço do profissional (Castellões e Silva, 2007; Silva e Fonseca, 2012);
- Deve-se subir o doente no leito mantendo os olhos no dispositivo ventilatório (Castellões e Silva, 2007);
- Lateralizar a 30° o paciente mantendo a cabeça apoiada no posicionador (Castellões e Silva, 2007);
- Elevar logo a cabeceira (Castellões e Silva, 2007);
- Colocar as mãos do doente a 20cm do tubo (Yeh et al, 2004; Silva e Fonseca, 2012);
- Fixar as traqueias no suporte do ventilador com folga para se existir o deslocamento do doente no leito, não exista tração do circuito ventilatório (Castellões e Silva, 2007);
- Ser realizado no mínimo por dois profissionais (Castellões e Silva, 2009).



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

14



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Mudança na fixação do TET

- Verificar o nível de sedação e colaboração do doente e quando necessário alertar para manter o tubo estabilizado (Castellões e Silva, 2007);
- Manter o guia do balonete (cuff) lateralizado e visível (Castellões e Silva, 2007);
- Verificar que o tubo de insuflação do cuff e o seu ponto de inserção no TET não é envolvido no adesivo (Jangra e Malhotra, 2012);
- Retirar o fixador antigo com auxílio da tesoura (Castellões e Silva, 2007);
- Manter uma das mãos no tubo endotraqueal e o braço apoiado no dorso do doente com a finalidade de não perder o ponto de apoio durante o procedimento (Castellões e Silva, 2007);
- Inspeccionar a cavidade oral e fazer um retoque na barba caso necessário (Castellões e Silva, 2007);
- Passar solução desengordurante e de proteção (Tominaga, 1995; Castellões e Silva, 2007);
- Esperar secar e fixar respeitando o posicionamento centralizado e a numeração na comissura labial (Castellões e Silva, 2007);
- A utilização de adesivo revelou-se mais eficaz que 3 dispositivos de fixação do TET e uma solução mais económica (Carlson et al, 2007);
- O uso de nastro ou adesivo revelam-se eficazes na prevenção de extubação não planeada (Barnason et al, 1998);
- Aderência do adesivo é influenciada pela saliva, sangue, vômito, sendo necessário verificar a fixação do TET após exposição a esses elementos (Carlson et al, 2007);
- Mudar o modo de fixação do tubo: usar adesivo à prova de água (Tominaga, 1995) à volta do tubo, acima do lábio e rosto (mais eficaz que usar tecido ou velcro à volta da cabeça) (Silva e Fonseca, 2012);
- Usar adesivo ou nastro preserva a integridade da mucosa oral e da pele em comparação com outros métodos (Silva e Fonseca, 2012).

15



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Transporte do doente

- Certificar o nível de sedação e analgesia pré-transporte (Castellões e Silva, 2007);
- Fixar o cateter vesical e drenos (Castellões e Silva, 2007);
- Reduzir ao máximo o número de bombas infusoras (Castellões e Silva, 2007);
- Verificar a fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o ventilador de transporte e a bala de oxigénio (Castellões e Silva, 2007);
- Verificar a fixação do TET antes de iniciar o transporte (Castellões e Silva, 2009);
- Chegando ao destino transferir todos os sistemas de monitorização e ventilação do doente para os do serviço de destino (se presentes) e avaliar adaptação do doente por cinco minutos (Castellões e Silva, 2007);
- Em caso de realização um exame, simular a entrada do doente no aparelho de RM e/ou TAC para se ter a ideia exata da necessidade do comprimento das traqueias do ventilador dentro dos aparelhos (Castellões e Silva, 2007);
- Na mudança do doente da cama da UCI para a maca assegurar a fixação de todo o dispositivo ventilatório, limitar a mobilização da cabeça do doente aquando a transferência, assim como envolver o maior número de profissionais (Castellões e Silva, 2009);
- Criar protocolos para o transporte do doente (Silva e Fonseca, 2012).



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

16



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Outras intervenções de Enfermagem

Informar:

- Explicar ao doente a necessidade do TET (Birkett et al, 2005);
- Comunicar com o doente: os enfermeiros mais experientes conseguem comunicar com o doente com maior facilidade e utilizam estratégias adaptativas (quadros de escrita, leitura, desenho), diminuindo a ansiedade do doente que percebe que é entendido (Yeh et al, 2004);
- Informar o doente para: a importância da entubação para a sua ventilação, alívio da dor, conforto (Yeh et al, 2004);

Confortar:

- Aplicar medidas de conforto (Birkett et al, 2005);
- Aumentar o horário das visitas à unidade para aumentar o contacto com os familiares e pessoas significativas (Birkett et al, 2005);

Alívio da dor:

- Identificação precoce de sinais de hipoxia e de dor (Birkett et al, 2005);
- Avaliar a dor do doente (Yeh et al, 2004);
- Utilizar distrações sensoriais (Birkett et al, 2005);



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

17



Ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada

Outras intervenções de Enfermagem

Vigilância do doente:

- Aumentar a vigilância de enfermagem durante a realização de procedimentos (Birkett et al, 2005);
- Acompanhamento do doente (Birkett et al, 2005);
- Avaliar o nível de sedação e consciência do doente (Birkett et al, 2005);
- Validar fixação do tubo antes das passagens de turno e antes da realização dos cuidados de enfermagem (Yeh et al, 2004);
- Evitar períodos de agitação do doente (Silva e Fonseca, 2012);
- Supervisão 24h da unidade do doente (Silva e Fonseca, 2012);
- Vigilância regular do doente (Silva e Fonseca, 2012);

Formação:

- Formação contínua dos enfermeiros, treino e atualização constante das práticas (Yeh et al, 2004; Silva e Fonseca, 2012);
- Existência de programas de melhoria da qualidade (Silva e Fonseca, 2012);
- Realizar estudos de investigação sobre: alívio da dor, desmame ventilatório, métodos de fixação do TET, melhoria da comunicação enfermeiro/doente (Yeh et al, 2004).

Gestão:

- Rácio enfermeiro/doente apropriado (Silva e Fonseca, 2012);
- Existência de Enfermeiro de apoio às unidades durante a passagem de turno ou fazer a passagem de turno junto à unidade do doente (Yeh et al, 2004);



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

18



2º ENCONTRO DOS
ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Conclusão

As ações preventivas da ocorrência de extubação não planeada contribuem para a melhoria da qualidade da prática dos cuidados de enfermagem ao doente crítico na UCI.

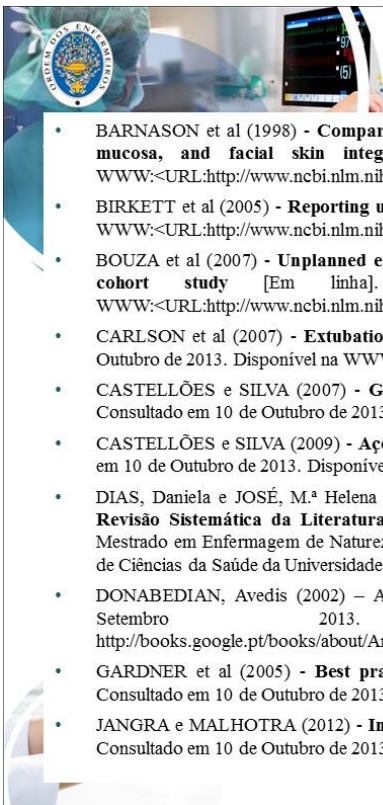
A avaliação da qualidade deve ser entendida como um processo contínuo, pressupondo o envolvimento de todos os intervenientes no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade.

O contributo de enfermeiros especialistas e enfermeiros com funções de chefia pode ser uma mais-valia para a criação do clima organizacional necessário ao desenvolvimento de competências autónomas de enfermagem e à avaliação da qualidade desses cuidados. Traduzindo, desse modo, o contributo singular da prestação de cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população.



24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A

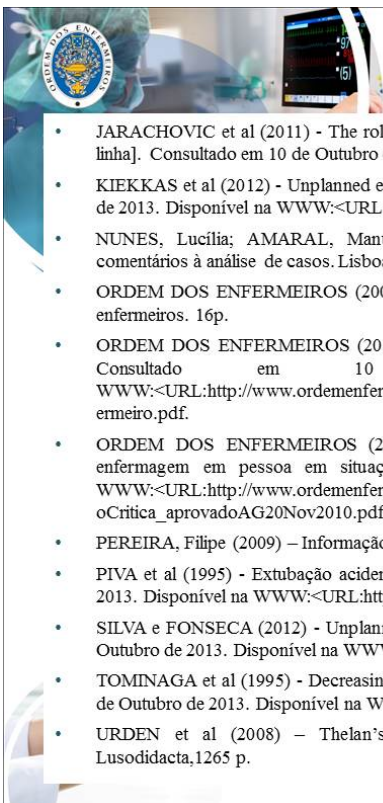
19



Referências Bibliográficas

- BARNASON et al (1998) - **Comparison of two endotracheal tube securement techniques on unplanned extubation, oral mucosa, and facial skin integrity** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9835671>>
- BIRKETT et al (2005) - **Reporting unplanned extubation** [Em linha]. Consultado em 14 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15778070>>.
- BOUZA et al (2007) - **Unplanned extubation in orally intubated medical patients in intensive care unit: A prospective cohort study** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17628196>>.
- CARLSON et al (2007) - **Extubation Force: Tape versus Endotracheal Tube Holders** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17599694>>.
- CASTELLÕES e SILVA (2007) - **Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a21v60n1.pdf>>.
- CASTELLÕES e SILVA (2009) - **Ações de Enfermagem para a prevenção da extubação acidental** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/08.pdf>>.
- DIAS, Daniela e JOSÉ, M.ª Helena - **Indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI – Revisão Sistemática da Literatura**. Trabalho desenvolvido no âmbito da UC métodos de investigação I, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- DONABEDIAN, Avedis (2002) – **An introduction to quality assurance in health care**. [Em linha]. Consultado em 29 de Setembro 2013. Disponível na WWW:<URL: http://books.google.pt/books/about/An_Introduction_to_Quality_Assurance_in.html?id=fDSriunx6UEC&redir_esc=y>.
- GARDNER et al (2005) - **Best practice in stabilisation of oral endotracheal tubes: a systematic review**. [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038537>>.
- JANGRA e MALHOTRA (2012) - **Incorrect fixation of endotracheal tube: a cause of non-inflation of the cuff** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634570>>.

20



Referências Bibliográficas

- JARACHOVIC et al (2011) - **The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21724634>>.
- KIEKKAS et al (2012) - **Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577947>>.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Dívglar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [S.l]: Ordem dos enfermeiros. 16p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enf_emeiro.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.
- PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau. 209p.
- PIVA et al (1995) - **Extubação acidental em uma Unidade de Terapia Intensiva** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-72/port.pdf>>.
- SILVA e FONSECA (2012) - **Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22366845>>.
- TOMINAGA et al (1995) - **Decreasing unplanned extubations in the surgical intensive care unit** [Em linha]. Consultado em 10 de Outubro de 2013. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492006>>.
- URDEN et al (2008) – **Thelan's. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1265 p.

21

ANEXOS

Anexo I

Certificado de Participação nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem UCP-ICS
Lisboa



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



II Jornadas de Enfermagem
UCP - CS - Lisboa

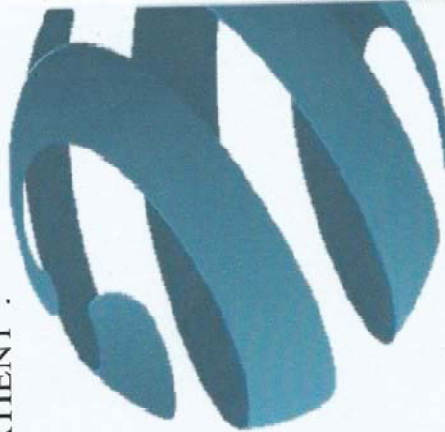
CERTIFICADO

Certifica-se que Enfermeira Daniela Filipa F. Dias e Professora Doutora Helena José participaram no concurso de Posters, das II Jornadas Internacionais de Enfermagem, II Jornadas de Enfermagem UCP-ICS Lisboa, subordinadas ao tema "Enfermagem. Contextos e Desafios", realizadas nos dias 6 e 7 de Junho de 2013 no Campus de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, com o Poster intitulado "NURSING QUALITY INDICATORS FOR INTENSIVE CARE PATIENT".

P'la Comissão Organizadora

Christina Marques

P'la Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa
da Universidade Católica Portuguesa





UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



II Jornadas de Enfermagem
UCP-ICS - Lisboa

CERTIFICADO

Certifica-se que Daniela Filipa F. Dias participou no concurso de Posters, das II Jornadas Internacionais de Enfermagem, II Jornadas de Enfermagem UCP-ICS Lisboa, su subordinadas ao tema “Enfermagem. Contextos e Desafios”, realizadas nos dias 6 e 7 de Junho de 2013 no Campus de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido atribuído o prémio de melhor poster.

P¹a Comissão Organizadora

Christina Raquel

P¹a Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa
da Universidade Católica Portuguesa



Anexo II

Certificado de Participação no II Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DANIELA FILIPA FREITAS DIAS

Membro n.º 61852 desta Ordem, esteve presente no **II ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGIA**, nos dias 24 e 26 de janeiro de 2014 (12 horas de presença), com a duração total de 12 horas, em Coimbra, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Polo A.

Coimbra, 25 de janeiro de 2014.

O Bastonário

Enf. Germano Couto

Anexo III

Certificado de Participação com Comunicação Livre no II Encontro dos Enfermeiros
Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica



**2º ENCONTRO DOS
ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

**24 e 25 janeiro 2014
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
COIMBRA - Polo A**



CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Certifica-se que

DANIELA FILIPA FREITAS DIAS

participou no 2º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, nos dias 24 e 25 de janeiro de 2014, em Coimbra, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Polo A, enquanto Preletora no Painel II – Ciência e técnica na prática especializada, com a Comunicação Livre:

**Extubação não planeada: contributos para uma prática de Enfermagem
de qualidade ao doente adulto internado em UCI**

Coautores:

ANABELA DE JESUS PALMEIRO NUNES ESTEVES
PATRÍCIA CRUZ PONTIFICIE SOUSA VALENTE RIBEIRO

Coimbra, 25 de janeiro de 2014.

P^l A Comissão Organizadora

Enf.º José Carlos Martins
Presidente da Mesa do Colégio
da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica