

Da Evidência à Implementação





Título	Da Evidência à Implementação
Editor	Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde de Coimbra
Coordenação Científica	António Manuel Marques, Cármen Nogueira, Diana Santos, Jacinta Manata, Liliana Escada Ribeiro, Lisa Nunes, Maria do Céu Nunes
Equipa de Investigação	Daniela Cardoso, António Marques, Rogério Rodrigues, António Manuel Fernandes, Ana Filipa Cardoso, Craig Lockwood, Teresa Neves, Pedro Henriques, Ana R. Lourenço, Fernando Mateus, Joana Santos, Daniela Marques, Verónica Coutinho, Cristina Santos, Catarina Santos, Pedro Sousa, Tereza Vrbová, João Apóstolo, Margarida Santos, Gracinda Manso, Daniel Mourão, Elsa Santos, Goreti Ferreira, Manuela Monteiro, Jacinta Manata, Alexandre Vaz, Jitka Klugarová, Miloslav Klugar, Liliana Escada Ribeiro, Berta Augusto, Cláudia Rocha, Joana Magalhães, Maribel Pinto, Teresa Santos, Bertina Lopes, Dulce Vieira de Carvalho, Catarina Fernandes, Maria do Céu Nunes, Adelino Agostinho, Nuno Palricas, Luís Sacramento, Elsa Vieira, Eva Sousa, Fernando Silva, Cármen Nogueira, Ana Ferreira, Helena Cardoso, Vera Dias, Carla Martins, Mafalda Costa, Celso Nunes, Manuel Fonseca, Marisa Caetano, Margarida Cruz, Edgar Semedo, Filipa Madeira, Beatriz Póvoa, Liliana Ferraz, Elsa Cardoso, Ana Almeida, Fernando Gameiro, Daniela Diniz, Maria Alves, Diana Santos, Helena Tavares, Ana Perdigão, Sílvia Reis, Margarida Silva, Ana Batista, Luís Sousa, Paula Oliveira, Sónia Almeida, John Ogundiran, James Ogundiran, Fernando Neto Sousa, Lina Oliveira, Ana Raquel Silva, Maria Leonor Marques, Walter Silva, Helena Laranjeira, Susana Reis, António José Ferreira, Vanessa Fonseca, Rita Cardoso, Ricardo Nuno Simões, Emília Sola, Paulo Nobre, Isabel Lopes
Maquetização, Paginação, Layout & DTP	Carla Heitor, Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas da ULS de Coimbra
Revisão	Dulce Vieira de Carvalho, Margarida Antunes, Nuno Dias
ISBN	978-989-35885-1-2
ISBN Eletrónico	978-989-35885-5-0
Ano	2024
Impressão e Acabamento	Talento & Tradição - Lda
Depósito Legal	539536/24
Copyright	CC-BY-NC

COMO SE CITA O LIVRO (Normas APA 7ª edição)

Marques, A.M., Nogueira, C., Santos, D., Manata, J., Ribeiro, L.E., Nunes, L., & Nunes, M.C. (2024). Da evidência à Implementação. Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde de Coimbra

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

ÍNDICE

Prefácio	5
Áurea Andrade	
Introdução	6
António Marques	
CAPÍTULO I: Implementação da evidência: a abordagem do JBI	9
Daniela Cardoso, António Marques, Rogério Rodrigues, António Manuel Fernandes, Ana Filipa Cardoso, Craig Lockwood	
CAPÍTULO II: Projetos de implementação da evidência: resumos	
1. Autogestão da doença crónica em doentes internados numa unidade de endocrinologia portuguesa	14
António Marques, Teresa Neves	
2. Cuidados de manutenção da sonda de alimentação nasoentérica em serviços de medicina geral	16
Pedro Henriques, António Manuel Fernandes, Ana R. Lourenço, Fernando Mateus, Joana Santos, Daniela Marques, Daniela Cardoso	
3. Prevenção de efeitos adversos associados à administração de medicação em doentes internados no serviço de hematologia	18
Verónica Coutinho, Cristina Santos, Catarina Santos	
4. Acompanhamento telefónico pós-alta de pessoas com doença crónica com alta de um serviço de cirurgia vascular	20
Pedro Sousa, Daniela Cardoso, Tereza Vrbová, João Apóstolo, Margarida Santos, Gracinda Manso, Daniel Mourão, Goreti Ferreira, Manuela Monteiro, Jacinta Manata, Alexandre Vaz, Jitka Klugarová, Miloslav Klugar	
5. A higiene oral de pessoas com acidente vascular cerebral	22
Liliana Escada Ribeiro, Berta Augusto, Cláudia Rocha, Joana Magalhães, Maribel Pinto, Teresa Santos, Ana Filipa Cardoso	
CAPÍTULO III: Projetos de implementação da evidência: relatórios	
1. Supervisão clínica em Enfermagem	25
Bertina Lopes, Dulce Vieira de Carvalho	
2. Gestão da disfagia, por enfermeiros, em doentes pós acidente vascular cerebral, internados numa unidade de Neurologia	36
Catarina Fernandes, Maria do Céu Nunes, Adelino Agostinho, Nuno Palricas, Luís Sacramento, Elsa Vieira, Eva Sousa, Fernando Silva, António Marques, Cármen Nogueira, Ana Ferreira, Helena Cardoso, Vera Dias	

ÍNDICE

3. Gestão da dor pós-operatória em Cirurgia Vascul	47
Jacinta Manata, António Marques, Bertina Lopes, Daniel Mourão, Carla Martins, Margarida Santos, Alexandre Vaz, Mafalda Costa, Gracinda Manso, Celso Nunes, Manuel Fonseca, Marisa Caetano, Margarida Cruz, Edgar Semedo, Filipa Madeira, Beatriz Póvoa, Elsa Santos	
4. Facilitação da preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta	57
Liliana Ferraz, Elsa Cardoso, Ana Almeida, Fernando Gameiro, Daniela Diniz, Maria Alves, Diana Santos, António Marques	
5. Redução do medo e da ansiedade em crianças dos 5 aos 10 anos de idade submetidas a ressonância magnética num serviço de Imagem Médica	67
Helena Tavares, Ana Perdigão	
6. Prevenção e gestão da mucosite oral nos doentes hemato-oncológicos	74
Sílvia Reis, Margarida Silva, Ana Batista, Luís Sousa, Jacinta Manata, Diana Santos, António Marques	
7. Gestão do ruído numa unidade de cuidados cirúrgicos intermédios	81
Diana Santos, Paula Oliveira, Sónia Almeida, John Ogundiran, James Ogundiran, Fernando Neto Sousa, António Marques	
8. Autogestão da doença crónica na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica	89
António Marques, Lina Oliveira, Ana Raquel Silva, Maria Leonor Marques, Cármen Nogueira, Walter Silva, Helena Laranjeira, Susana Reis	
9. Limpeza da via aérea artificial em cirurgia cardíaca	101
António José Ferreira, Vanessa Fonseca, Rita Cardoso, Ricardo Nuno Simões, Emília Sola, Bertina Lopes, Liliana Escada Ribeiro	
CAPÍTULO IV: As Perspetivas sobre implementação da evidência	
1. Como membro da equipa de enfermagem	114
Paulo Nobre	
2. Como membro da equipa de implementação da evidência	117
Daniel Mourão	
3. Como enfermeiro gestor	120
Isabel Lopes	
Nota Final	123
Diana Santos e Liliana Escada Ribeiro	

PREFÁCIO

ÁUREA ANDRADE

Vogal Executiva e Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde de Coimbra

É com muita satisfação e orgulho que prefacio este livro, *Da Evidência à Implementação*, no âmbito do desenvolvimento dos projetos de implementação da evidência, realizados em diferentes serviços clínicos, com enquadramento no Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Este livro, nos seus diferentes capítulos, aborda uma área fundamental e em constante evolução na prática clínica dos enfermeiros, identificando a melhor evidência científica e explorando as complexidades, desafios e, acima de tudo, as oportunidades que esta abordagem oferece para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde ao cidadão, diminuindo o gap entre a evidência científica e a prática clínica.

Neste livro, os enfermeiros encontrarão não apenas uma visão abrangente dos princípios e métodos da enfermagem baseada na evidência, mas também *insights* práticos sobre como integrar esses princípios na prática clínica diária.

Um dos aspetos mais desafiadores da implementação da evidência científica na prática clínica é a necessidade de identificar barreiras, definir objetivos e estratégias conducentes à mudança e inovação, incorporando as melhores evidências na prática clínica. Questões como a resistência à mudança, a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho podem dificultar a adoção de novas práticas baseadas em evidências. No entanto, como este livro irá demonstrar, essas barreiras não são intransponíveis, e os enfermeiros têm o poder e a capacidade de liderar a transformação dos cuidados de saúde através da implementação sustentada da evidência científica, desafiando o *status quo*.

Também se destaca a importância do desenvolvimento de projetos de colaboração interprofissional na implementação da evidência científica, com ganhos em saúde para o cidadão. Os enfermeiros desempenham um papel crucial como membros da equipa de saúde, e é essencial que trabalhem em conjunto com outros profissionais para garantir cuidados de saúde integrados ao cidadão.

Ao longo deste livro, serão apresentados vários projetos de implementação da evidência usando a ferramenta de auditoria e feedback do JBI de Aplicação Prática de Evidências Clínicas (JBI PACES).

Desde a avaliação crítica da literatura até a aplicação de protocolos baseados na evidência, os enfermeiros encontrarão orientações práticas para cada etapa do processo, ajudando-os a traduzir o conhecimento em ação para o benefício dos doentes. Em última análise, este livro é um compromisso inabalável dos enfermeiros com a prestação de cuidados de saúde de qualidade, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

Para o futuro da profissão, é importante o foco no poder transformador da implementação da evidência científica na prática clínica, garantindo ao cidadão, cuidados de saúde de excelência.

INTRODUÇÃO

ANTÓNIO MANUEL MARQUES

Enfermeiro Gestor em funções de direção da ULS de Coimbra
Coordenador do Núcleo de Investigação em Enfermagem da ULS de Coimbra –
Núcleo UICISA: E/ESEnfC

A distância entre a investigação e a prática está claramente demonstrada, seja devido à lacuna decorrente da não produção do conhecimento que é necessário, seja à lacuna entre a descoberta de novos conhecimentos e a sua aplicabilidade clínica, seja, finalmente, à lacuna existente entre a evidência disponível e a sua utilização efetiva na prática quotidiana (Pearson et al., 2012; Pearson et al., 2011).

A dimensão dessa distância é muito variável, nomeadamente em função da tipologia de cuidados e do impacto vital das matérias em questão, sendo maior nos cuidados preventivos do que nos agudos, como demonstra Ruciman et al. (2012) quando refere que dos encontros de saúde elegíveis em 2009 e 2010, as pessoas adultas receberam os cuidados recomendados em apenas 57% das vezes, variando de 13% para dependência alcoólica a 90% para doença arterial coronária.

Quanto ao distanciamento temporal, ele também é variável, segundo Balas e Boren (2000), pode mesmo ser extremo, uma média de 14% das novas evidências científicas leva 17 anos para serem incorporadas na prática clínica diária.

Claramente urge investir na implementação da evidência, sendo marcante para a compreensão dessa premência a janela 60-30-10, segundo Braithwaite et al. (2020), 60% das práticas clínicas decorre segundo a melhor evidência, mas 30% constituem desperdício ou são de baixo valor e 10% são mesmo causadoras de dano.

Ora sabendo-se que não é por os conhecimentos existirem num formato utilizável (como os guias orientadores) e serem publicados, que miraculosamente, são utilizados e ocorrem mudanças nas práticas, o Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE) da Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra), decidiu que era imprescindível utilizar uma metodologia sistemática de implementação da evidência na organização, por isso, no seu plano estratégico, estabeleceu o objetivo de “Promover a implementação da evidência na prática”, desiderato que tem perseguido, como se comprova na presente publicação, mas, mais do que isso, nos serviços e na vida dos cidadãos assistidos nesta Unidade.

Para atingir esse desiderato, com a colaboração inicial do Centro Português para a Prática Baseada na Evidência da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), formámos membros do NIE, que replicaram a formação, gerando os recursos próprios para a utilização da metodologia de Implementação da evidência do JBI, a qual aplicamos, anualmente, em pelo menos seis serviços desta ULS.

A referida metodologia baseia-se num processo sistemático, essencialmente composto por auditoria, feedback, uma abordagem estruturada para a identificação das barreiras à mudança e estratégias para as ultrapassar e re-auditoria. Mais concretamente, esta metodologia é constituída por sete fases: (1) Identificar a área/problema de prática com as partes interessadas; (2) Envolver os agentes de mudança; (3) Avaliar o contexto e a vontade para mudar; (4) Revisão da prática por comparação com os critérios de auditoria baseados na evidência; (5) Implementar alterações à prática utilizando a aplicação GRiP (*Getting Research into Practice*); (6) Reavaliar a prática utilizando uma auditoria de seguimento; (7) Considerar a sustentabilidade do projeto.

Esta metodologia tem sido utilizada reiteradamente na ULS Coimbra com resultados muito relevantes em termos de melhoria da *compliance* com a boa prática, como se comprova na presente publicação, que vem dar à estampa as implementações realizadas até à data. Diversas outras já foram iniciadas, mas ainda se encontram em fase precoce de concretização. Esta é aliás a principal finalidade da presente publicação, divulgar a boa prática de implementação da evidência científica na nossa ULS Coimbra. Algo que, também pela solidez e dimensão da experiência, merece ser conhecido.

Por isso o presente livro, após uma abordagem metodológica inicial, apresentará dezassete experiências de implementações da evidência realizadas nesta ULS e, num terceiro capítulo, evidenciará as experiências de vários dos atores envolvidos com as implementações, em vários papéis, desde implementadores a gestores de unidades e enfermeiros prestadores de cuidados.

Esperamos, assim, que este livro se constitua, mais do que um testemunho de implementação, um incentivo para que outros contextos da prática se animem também na persecução deste desiderato promotor da qualidade dos cuidados e da sua eficiência.



CAPÍTULO I

**Implementação da
evidência:
a abordagem do JBI**

IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA: A ABORDAGEM DO JBI

Daniela Cardoso¹

António Marques^{1,2,3}

Rogério Rodrigues¹

António Manuel Fernandes¹

Ana Filipa Cardoso¹

Craig Lockwood⁴

¹Portugal Centre for Evidence Based Practice: a JBI Centre of Excellence, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

²Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

³Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnC

⁴JBI, School of Public Health, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, Adelaide, Australia

INTRODUÇÃO

É globalmente reconhecido que o conhecimento científico produzido não se traduz automaticamente em comportamento e em mudança organizacional. Braithwaite et al. (2020), chama a atenção para o facto de, em média, 60% dos cuidados de saúde estarem em conformidade com a melhor evidência disponível, 30% representarem alguma forma de desperdício ou de baixo valor e 10% serem prejudiciais.

A nível nacional esta lacuna entre a produção de conhecimento e prática clínica permanece atual. O Plano Nacional de Saúde 2030 destaca a necessidade de incorporar, nas estratégias de intervenção, a transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a tomada de decisão clínica (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A implementação da evidência tem sido apontada como uma estratégia para facilitar esta transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a tomada de decisão clínica. Jordan et al. (2019) definem a implementação de evidência como um conjunto de ações delineadas intencionalmente para envolver os *stakeholders* com a evidência para informar a tomada de decisão clínica e, conseqüentemente, contribuir para uma melhoria sustentada na qualidade da prestação de cuidados de saúde. Reconhecendo a sua relevância na área da implementação, e por ter sido utilizada por uma boa parte dos trabalhos de implementação apresentados neste livro, propomo-nos a apresentar neste texto o passo-a-passo da abordagem proposta pelo JBI para a Implementação da Evidência.

IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA: A ABORDAGEM PROPOSTA PELO JBI

O JBI desenvolveu uma abordagem à implementação da evidência para facilitar a integração da melhor evidência na prática clínica em sete fases, tendo por base o ciclo de Auditoria-Feedback-Mudança-Auditoria (Porritt et al., 2020, 2023). A ciência da implementação é um campo caracterizado pelo rápido desenvolvimento de teorias, modelos e estruturas, mas por uma integração limitada entre os aspetos teóricos e pragmáticos da mudança. A abordagem JBI para a implementação da evidência integra e posiciona a implementação enquadrada num modelo de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência. Por sua vez, este modelo integra diversos tipos de evidência em resposta às necessidades globais de saúde, com base em evidência sintetizada de alta qualidade para desenvolver recomendações para a política e para a prática que podem ser transferidas para os serviços de saúde para promover mudanças de práticas programáticas e sustentáveis.

O modelo do JBI para os Cuidados de Saúde Baseados na Evidência fornece, portanto, uma base conceptual robusta para situar a implementação no contexto mais amplo da prestação dos cuidados de saúde e serviços de saúde. Dentro da estrutura conceptual dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência é viável utilizar uma teoria, modelo ou estrutura existente, ou adaptar a estrutura do processo de implementação de sete fases do JBI. A combinação de um modelo conceptual com um processo de implementação ou modelo de enquadramento reposiciona a implementação e a atividade relacionada com a melhoria da qualidade como fundamentada numa perspetiva teórica que aumenta a fiabilidade, robustez e transferibilidade.

De seguida, apresentamos as sete fases da abordagem proposta pelo JBI.

Fase 1 – Identificar a área de atuação

Na primeira fase procede-se à identificação da área que necessita de melhoria. Trata-se de um processo colaborativo e multidisciplinar, que promove o envolvimento dos *stakeholders* (formuladores de políticas em saúde, gestores, profissionais de saúde e utentes/consumidores dos cuidados de saúde) de modo a garantir que a área selecionada é relevante para todos (Porritt et al, 2023).

Para a seleção da área de interesse podem ser considerados dados provenientes de relatórios hospitalares, de eventos adversos, bem como de dados de morbilidade e mortalidade. Concomitante, a análise de práticas clínicas que têm um elevado custo; uma elevada frequência; um elevado risco; uma variação na prática identificada; uma sinalização devido a ocorrência de incidentes críticos; ou que tiveram uma atualização recente das diretrizes/recomendações podem ser estratégias consideradas para identificar a área de atuação para um projeto de implementação (Porritt et al, 2023).

Fase 2 – Envolver agentes de mudança

Na fase 2 pretende-se promover o envolvimento de todos os agentes de mudança (líderes, facilitadores/*champions*) que serão determinantes para o desenvolvimento bem-sucedido do projeto de implementação. Estes agentes de mudança podem ser internos ou externos à instituição (Porritt et al, 2023) e podem ter diferentes funções, tal como descrito de seguida:

- Função de liderança no sistema – pessoa que lidera departamentos, organizações ou setores e que é um influenciador, que facilitará a ultrapassagem de barreiras inerentes à organização que facilitarão o desenvolvimento do projeto de implementação;
- Função de perito – pessoa que possui um vasto conhecimento acerca do assunto sobre o qual se vai implementar;
- Função de liderança no dia-a-dia – pessoa que terá a responsabilidade de recrutar outras pessoas e incentivar a realização de atividades relevantes para que o projeto se desenvolva. Deve ser alguém com tempo para dedicar ao projeto e com interesse profissional ou entusiasmo (Porritt et al, 2023).

Nesta fase, é imprescindível criar um grupo responsável pelo projeto de implementação e nomear um líder de projeto responsável pela coordenação do grupo; esclarecer o papel e as responsabilidades de cada pessoa envolvida no projeto; facilitar o acesso às recomendações para a prática e evidência científica que suporta essas recomendações e supervisionar todos os aspetos inerentes à realização do projeto de implementação (Porritt et al, 2023).

Fase 3 – Avaliar o contexto e a prontidão para a mudança

Na fase 3, deve fazer-se uma análise cuidadosa do contexto onde irá decorrer o projeto. Nesta fase é determinante identificar fatores contextuais que podem predizer positiva ou negativamente a mudança proposta. Resumidamente, esta fase permite-nos verificar se a mudança proposta é viável ou não (Porritt et al, 2023).

Existem diversas formas de analisar o contexto e a sua predisposição/prontidão para a mudança. Por exemplo, a análise SWOT (pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças) é uma ferramenta que pode ser utilizada para este fim (Porritt et al, 2023). Adicionalmente existem alguns instrumentos a nível internacional que permitem realizar esta avaliação, por exemplo: *Organization Readiness for Knowledge Translation (OR4KT)*, *Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC)*, *Organizational Readiness to Change Assessment (ORCA)*, *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*, *Organizational Change Questionnaire Process, Context, and Readiness (OCQ-PCR)*, ou o *Dimensions of Organizational Readiness-Revised (DOOR-R)*. Em Portugal, até à data, está disponível uma versão preliminar da adaptação e validação do OR4KT.

Fase 4 – Analisar a prática tendo em conta os critérios de auditoria baseados em evidência

Na fase 4 é efetuada uma auditoria clínica (auditoria de *baseline*) para apreciar se as práticas desenvolvidas são coerentes com os critérios de auditoria (Porritt et al, 2023).

A abordagem do JBI à implementação assenta no processo de auditoria clínica e feedback, utilizando critérios de auditoria, isto é, normas/orientações para a prática clínica, que são produzidos pelo JBI a partir das recomendações para a prática clínica que emergem dos Sumários de Evidência que publica (Porritt et al, 2023).

Fase 5 – Implementar mudanças na prática utilizando o método *Getting Research into Practice (GRiP)*

Na fase 5 procede-se à análise dos resultados obtidos na auditoria clínica de *baseline*. Estes resultados devem ser partilhados com todos os envolvidos no projeto, incluindo a equipa de profissionais do contexto onde se desenvolve o projeto. Este feedback pode ser realizado através de exposição verbal, em papel, por via eletrónica (Porritt et al, 2023).

Tendo por base os resultados da auditoria clínica de *baseline*, procede-se à identificação das barreiras e facilitadores à utilização da evidência no quotidiano de prestação de cuidados. Esta identificação pode ser levada a cabo de diversas formas, tais como: entrevistas, questionários, e grupos focais com pessoas-chave da prática; observação da prática clínica; e/ou *brainstorming* com os *stakeholders* (Porritt et al, 2023).

Identificadas as barreiras e os facilitadores à utilização da evidência, passa-se à identificação, planeamento e implementação das estratégias para promover a mudança na prática clínica, que permitem minimizar o impacto das barreiras identificadas. Esta abordagem de identificar barreiras e identificar estratégias, especificamente dirigidas a essas barreiras, para promover a mudança na prática clínica, é a base do JBI GRiP – *Getting Research into Practice*, isto é, colocar a investigação em prática (Porritt et al, 2023).

Fase 6 – Reavaliar a Prática através de uma auditoria de acompanhamento

Após a fase de implementação das mudanças na prática, utilizando o método *Getting Research into Practice*, importa proceder à avaliação da mudança. Para tal, na fase 6 propõe-se a realização de uma auditoria clínica de acompanhamento (*follow-up*), que deve seguir a mesma abordagem da auditoria de *baseline* para que os resultados das duas auditorias sejam comparáveis. A equipa do projeto deve analisar cuidadosamente as diferenças existentes entre as duas auditorias (Porritt et al, 2023).

O momento ideal para a realização desta reavaliação da prática depende de diversos fatores, como por exemplo o tipo de estratégias implementadas, a quantidade de pessoas envolvidas, a cultura organizacional (Porritt et al, 2023).

Fase 7 – Considerar a sustentabilidade do projeto

Finalmente, a fase 7 corresponde à fase de planeamento de atividades/ações que permitam manter e sustentar a prática informada pela evidência, para além da conclusão do projeto de implementação, como por exemplo, planear a realização de auditorias clínicas de acompanhamento subsequentes (Porritt et al, 2023).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar da complexidade inerente aos processos de mudança e às organizações de prestação de cuidados de saúde, a abordagem JBI para a implementação de evidência, ao ser operacionalizada em sete fases que orientam a condução de projetos de implementação, providencia indicações práticas aos profissionais e organizações de saúde que pretendem promover a integração da melhor evidência disponível nos contextos da prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braithwaite, J., Glasziou, P., & Westbrook, J. (2020). The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 challenge. *BMC medicine*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. *JBI Evidence Implementation*, 17(1), 58-71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Implementation. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2023). JBI's approach to evidence implementation: a 7-phase process model to support and guide getting evidence into practice. *JBI evidence implementation*, 21(1), 3–13. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000361>



1. AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PORTUGUESA

António Marques^{1,2}

Teresa Neves³

¹Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma das doenças crónicas com maior incidência a nível global (WHO, 2013), sendo que o envolvimento da pessoa na autogestão da doença é essencial para a aceitação da nova condição de saúde e adoção de comportamentos saudáveis (Slama-Chaudhry & Golay, 2019). O enfermeiro desempenha um papel determinante no desenvolvimento de competências para a autogestão e para uma abordagem integrada à pessoa com diabetes (Farley, 2020). Assim, pretendeu-se aumentar a conformidade da ação dos enfermeiros com a boa prática na promoção da autogestão da doença crónica, na pessoa com diabetes.

METODOLOGIA

Este projeto decorreu no serviço de Endocrinologia da ULS Coimbra e, seguiu o modelo do JBI *Evidence Implementation Framework* (Porrirt et al., 2020). Foram considerados onze critérios de auditoria sustentados pelo sumário de evidência do JBI (Soumya, 2020) e a amostra foi constituída por doentes e enfermeiros.

RESULTADOS

Na auditoria de *baseline*, verificou-se que o critério 1 relativo ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre autogestão e mudança de comportamentos, assim como o critério 8, relacionado com o processo de encaminhamento dos doentes para serviços de saúde/recursos da comunidade adequados, registaram uma conformidade de 0%.

Os restantes critérios apresentaram uma conformidade que variou entre 27 e 93%. Foram identificadas quatro barreiras essenciais: falta de conhecimento da equipa sobre autogestão e mudança de comportamentos; falta de sistematização do processo de cuidados; falta de documentação do processo de preparação para a alta; o elevado conhecimento da equipa de enfermagem sobre a diabetes é uma limitação à aprendizagem e mudança no âmbito da autogestão.

As estratégias implementadas incluíram a realização de formação centrada em referenciais de cuidados; auditorias aos registos de enfermagem; acompanhamento por um elemento do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE); momentos reflexivos sobre as práticas com discussão de casos clínicos; elaboração de um procedimento de preparação para a alta.

A auditoria de *follow-up* revelou uma melhoria na conformidade dos critérios de auditoria: 100% de conformidade em sete critérios; dois critérios (critérios 1 e 8) passaram de 0% na auditoria de *baseline* para 100% na auditoria de *follow-up*; e todos os critérios apresentaram uma conformidade superior a 68%.

CONCLUSÃO

Este projeto contribuiu para uma mudança e melhoria significativa das práticas de enfermagem na promoção da autogestão da doença da pessoa com diabetes. Destacaram-se como facilitadores deste percurso, a cultura de cuidados centrados no doente, o envolvimento de toda a equipa de enfermagem e do GASIDE. A implementação e disseminação deste projeto potenciou a sua replicação noutro contexto dentro da própria instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Farley H. (2019). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing open*, 7(1), 30–41. <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Slama-Chaudhry, A., & Golay, A. (2019). Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programmes. *Public health panorama*, 5(2-3), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330106/php-5-2-3-357-361-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y357-361>.
- Soumya (2020). *Evidence Summary: Chronic Disease: Self-Management Plan*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2020; JBI12953.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/94384>

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA PUBLICAÇÃO

- Neves, T. M. A., & Marques, A. M. (2023). Self-management plan of chronic disease among inpatients admitted to a Portuguese Endocrinology unit: a best practice implementation project. *JBI evidence implementation*, 21(2), 178-187 <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000320>

2. CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DA SONDA DE ALIMENTAÇÃO NASOENTÉRICA EM SERVIÇOS DE MEDICINA GERAL

Pedro Henriques¹

António Manuel Fernandes^{2,3,4}

Ana R. Lourenço¹

Fernando Mateus¹

Joana Santos¹

Daniela Marques¹

Daniela Cardoso^{2,3,4}

¹Serviço de Medicina Interna, Unidade A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal

³Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal

⁴Portugal Centre for Evidence-Based Practice: a JBI Centre of Excellence, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal

INTRODUÇÃO

A alimentação por sonda nasogástrica (SNG) é uma forma de suporte nutricional amplamente utilizada, mas não isenta de riscos. A progressão para a traqueia durante a inserção inicial, aspiração do conteúdo gástrico, posição inadequada para alimentação do utente e/ou sonda bloqueada são exemplos de consequências possíveis.

METODOLOGIA

O projeto seguiu a estrutura de Implementação de Evidência JBI assente no ciclo de auditoria e feedback.

RESULTADOS

Foram auditados procedimentos realizados, pelos 25 enfermeiros do serviço de Medicina Interna A, a 14 utentes com SNG na auditoria de *baseline* e 10 na auditoria de *follow-up*. Na avaliação inicial a conformidade com os critérios variou de 0% a 88%. Dos 14 critérios incluídos, dez ficaram abaixo de 50%. A verificação da posição da SNG pela medição do pH do aspirado (<5,5) e a lavagem da sonda com recurso à *pulse technique* não foram observadas (0%).

Foi implementado um plano integrado de intervenções para mitigar as causas das não conformidades. A auditoria de *follow-up* revelou melhorias significativas em todos os critérios de conformidade (variação de 44,4% a 100%). O maior incremento registou-se na verificação inicial da posição da SNG com recurso ao pH (0% para 90%). A adesão às recomendações locais para prevenir contaminação aumentou significativamente (18% para 94%), enquanto o cuidado oral após cada alimentação teve a menor conformidade final (17% a 44%).

CONCLUSÃO

O presente projeto maximizou a taxa de adesão a melhores práticas relacionadas com os cuidados ao doente com SNG. Um plano integrado de intervenções, especificamente adaptado ao contexto, com sessões educativas, vídeos tutoriais, fichas de resumo de evidências, diversidade de lembretes, supervisão clínica e avaliação regular da prática, foi decisivo para a melhoria. Com a sua continuidade, será mais fácil manter as mudanças de forma sustentada. Será fundamental manter as estratégias atuais, reforçar a supervisão e avaliação clínica regular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Craven, D. L., & BNut&Diet, A.P.D. (2018). *Evidence summary: Nasogastric feeding tubes: Methods used to verify tube position*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. JBI12843.
- National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg32/evidence/full-guideline-194889853>
- NHS Foundation Trust. (2017). *Nasogastric tube management and care*. <https://www.dbth.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/07/PAT-T-17-v-5-Nasogastric-Tube-Management-and-Care-Final.pdf>.
- Obeid, S. (2017). *Evidence summary: Nasoenteric tube feeding*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. JBI235.
- The Joanna Briggs Institute. (2016). *Recommended practice: Nasoenteric tube feeding: Administration of feed and medication*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. JBI1811.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA PUBLICAÇÃO

- Fernandes, A. M., Henriques, P., Lourenço, A. R., Mateus, F., Santos, J., Marques, D., Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Klugar, M., & Klugarová, J. (2022). Nasogastric tube care and flushing in a Portuguese general medicine ward: a best practice implementation project. *JBI evidence implementation*, 20(S1), S76–S87. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000328>

3. PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

Verónica Coutinho^{1,2}

Cristina Santos³

Catarina Santos¹

¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal

²Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal

³Serviço de Hematologia Clínica, Unidade B, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

O processo de gestão de medicamentos em ambiente hospitalar é altamente complexo, passando por várias fases, desde a seleção, aquisição e armazenamento de medicamentos até à prescrição, validação, distribuição, preparação, administração e monitorização. Assim, este projeto tem como objetivo promover práticas baseadas em evidências relacionadas com a prevenção de eventos adversos associados à administração de medicamentos (apenas a quimioterapia) em serviços hospitalares.

METODOLOGIA

É um projeto de implementação de evidência baseado numa abordagem de auditoria e *feedback*. Foi realizado de dezembro de 2019 a abril de 2021 utilizando o programa JBI *Practical Application of Clinical Evidence System e Getting Research into Practice*.

RESULTADOS

Os resultados da auditoria de *baseline* mostraram que os 10 critérios de auditoria foram na sua maioria cumpridos; no entanto, dois dos critérios (critério 6: o prazo de validade do medicamento é verificado antes do uso e o critério 7: o enfermeiro que prepara o medicamento administra o medicamento ao doente) tiveram baixa adesão (respetivamente, 0% e 67,9%). Depois de identificadas as barreiras e implementadas as estratégias para ultrapassar as mesmas, verificou-se uma significativa melhoria no cumprimento das melhores práticas (critério 6 melhorou para 64,3% e critério 7 para 78,6%).

CONCLUSÃO

Este projeto de implementação foi um sucesso, conseguindo uma melhoria na implementação das diretrizes baseadas em evidências sobre a prevenção de eventos adversos associados à administração de medicamentos num hospital do centro de Portugal. No entanto, devem ser planeados mais projetos de boas práticas para sustentar a implementação de métodos baseados em evidências por forma a melhorar os resultados em saúde, a segurança dos doentes, os custos e os sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lucélia, L., Lucília, L., & Maria, F. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Revista Einstein*, 6, 434–438. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-510105>
- Mann, E. (2017). *Evidence summary: Medication: administration*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. JBI227.
- Rocha D., Brito E., Souza T., Mota R., Miranda M., Lima F. (2020). Administração de medicamento endovenoso em pacientes de hospital de doenças infetocontagiosas: atuação da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11, 98–104. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2643>
- Schutijser, B., Klopowska, J. E., Jongerden, I., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., & de Bruijne, M. (2018). Nurse compliance with a protocol for safe injectable medication administration: Comparison of two multicentre observational studies. *BMJ Open*, 8, e019648. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019648>
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde e Trabalho: Patient Safe*, 7, 5–29. http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/seguranca_do_doente_e_saude_e_seguranca_dos_profissionais_de_saude_-_duas_faces_da_mesma_moeda.pdf

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA PUBLICAÇÃO

- Coutinho, V. R. D., Santos, C. M. O., Rodrigues, C. I., Santos, C. I. G., Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Klugarova, J., & Klugar, M. (2022). Administration of chemotherapy in patients admitted to a haematology service: a best practice implementation project. *JBI evidence implementation*, 20(S1), S88–S97. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000347>

4. ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO PÓS-ALTA DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR

Pedro Sousa¹

Daniela Cardoso¹

Tereza Vrbová^{2,3}

João Apóstolo¹

Margarida Santos⁴

Gracinda Manso⁴

Daniel Mourão⁴

Goreti Ferreira⁴

Manuela Monteiro⁴

Jacinta Manata^{4,5}

Alexandre Vaz⁴

Jitka Klugarová^{2,3}

Miloslav Klugar^{2,3}

¹Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal

²Cochrane Czech Republic, Czech Republic: A JBI Centre of Excellence, Czech GRADE Network, Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague, Czech Republic

³Institute of Biostatistics and Analyses, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

⁴Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

INTRODUÇÃO

As pessoas com doenças crónicas, como a doença arterial periférica, apresentam um maior risco de complicações e dificuldades na adesão ao regime terapêutico, com consequências na taxa de mortalidade e na capacidade funcional. O planeamento seguro da alta e o seguimento telefónico pós-alta podem contribuir para a redução das taxas de reinternamento. O objetivo principal deste projeto de implementação da evidência é melhorar as práticas de acompanhamento telefónico após a alta no contexto do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, promovendo a capacitação da pessoa para a autogestão da doença arterial obstrutiva periférica.

METODOLOGIA

Este estudo usou uma abordagem metodológica de auditoria e *feedback* do JBI para implementar na prática a melhor evidência disponível, segundo o sumário de evidência “*Postdischarge (chronic disease management): patient telephone follow-up*” (Moola, 2019). Foram utilizados dois critérios de auditoria: existência de um planeamento de alta e acompanhamento telefónico atempado. Após uma auditoria de *baseline*, seguiu-se a análise das barreiras e a implementação de várias estratégias, das quais se salientam: um programa de formação, o desenvolvimento de recursos educativos (panfletos) e procedimentos específicos normalizados para o processo de alta e o acompanhamento telefónico após a alta.

RESULTADOS

Os resultados das auditorias de *baseline* e auditorias de *follow-up* revelaram melhorias em ambos os critérios. O cumprimento do critério 1 (planeamento exaustivo da alta, incluindo o acompanhamento telefónico pós-alta) aumentou de 0% para 40,7%, e aumentou para 45% na segunda auditoria de acompanhamento, que decorreu após um ano. O cumprimento do critério 2 (o doente é acompanhado por telefone no prazo de 2 semanas após a alta) aumentou de 0% para 44,4%, e aumentou para 60% na segunda auditoria de *follow-up*.

CONCLUSÃO

Com este projeto houve um aumento da conformidade das práticas no contexto de cirurgia vascular com a implementação das melhores práticas no planeamento seguro da alta e do seguimento telefónico pós-alta, informadas pela evidência. Verifica-se sustentabilidade na mudança, pelos resultados obtidos na segunda auditoria de acompanhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Minoee, S. (2020). *Evidence summary: Self-management/selfcare: intervention strategies*. The Joanna Briggs Institute EBP Database. JBI4728.
- Mistiaen, P., & Poot, E. (2006). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *The Cochrane database of systematic reviews, 2006(4), CD004510*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004510.pub3>
- Moola, S. (2019). Evidence summary: Postdischarge (chronic disease management): patient telephone follow-up. The Joanna Briggs Institute EBP Database, 1–3.
- Purcell, R., McInnes, S., & Halcomb, E. J. (2014). Telemonitoring can assist in managing cardiovascular disease in primary care: a systematic review of systematic reviews. *BMC family practice, 15, 43*. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-43>

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA PUBLICAÇÃO

- Sousa, P., Cardoso, D., Vrbová, T., Apóstolo, J., Santos, M., Manso, G., Mourão, D., Ferreira, G., Monteiro, M., Manata, J., Vaz, A., Klugarová, J., & Klugar, M. (2023). Postdischarge telephone follow-up among chronic disease patients discharged from a vascular surgery service: a best practice implementation project. *JBI evidence implementation, 21(S1), S19–S27*. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000380>

5. A HIGIENE ORAL DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Liliana Escada Ribeiro¹

Berta Augusto²

Cláudia Rocha²

Joana Magalhães²

Maribel Pinto²

Teresa Santos²

Ana Filipa Cardoso^{3,4,5}

¹Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnC

²Serviço de Neurologia, Unidade A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), Portugal

⁴Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal

⁵Portugal Centre for Evidence Based Practice: a JBI Centre of Excellence, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal

INTRODUÇÃO

A higiene oral de pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) está associada à redução de eventos adversos e ao aumento da qualidade de vida. Os enfermeiros desempenham um papel determinante na capacitação da pessoa e/ou cuidador para o autocuidado. Este projeto visa a promoção da implementação da melhor evidência sobre os cuidados de higiene oral a pessoas com AVC num serviço de neurologia.

METODOLOGIA

O projeto seguiu as sete fases propostas pelo modelo do JBI para a implementação da evidência (Porrirt et al., 2020).

RESULTADOS

Foram envolvidos enfermeiros do serviço de Neurologia A e um formador do JBI. Na auditoria de *baseline*, a conformidade do critério 1 (A equipa de enfermagem deve receber formação para avaliação e gestão da higiene oral) foi de 23,8%; do critério 2 (As pessoas com AVC e/ou cuidadores devem receber treino sobre higiene oral e recursos relevantes) foi de 0%; do critério 3 (As pessoas com AVC devem ser capacitadas e/ou assistidas a realizar higiene oral e a utilizar recursos relevantes) foi de 8,51% e do critério 4 (Devem ser consideradas precauções especiais em pessoas com disfagia) foi de 12,9%. Algumas das barreiras identificadas foram: a falta de conhecimento/consciencialização sobre o tema ou as limitações do sistema de informação para documentar cuidados de higiene oral.

Entre as estratégias implementadas, destacamos: a formação da equipa; uso de instrumento para avaliação da cavidade oral (marcador de bolso); elaboração de panfleto com informação para a pessoa e/ou cuidador e de procedimento para sistematizar a intervenção dos enfermeiros; introdução nos sistemas de informação de intervenções de enfermagem dirigidas aos cuidados de higiene oral; criação de instrumento de monitorização da capacitação da pessoa e/ou cuidador. A auditoria de *follow-up* e o plano de sustentabilidade estão a ser desenvolvidos.

CONCLUSÃO

A implementação da evidência sobre higiene oral na pessoa com AVC promoverá a redução de eventos adversos, a melhoria da saúde oral e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campbell, P., Bain, B., Furlanetto, D. L., & Brady, M. C. (2020). Interventions for improving oral health in people after stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD003864. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003864.pub3>
- Kim, E. K., Park, E. Y., Sa Gong, J. W., Jang, S. H., Choi, Y. H., & Lee, H. K. (2017). Lasting effect of an oral hygiene care program for patients with stroke during in-hospital rehabilitation: A randomized single-center clinical trial. *Disability and Rehabilitation*, 39(22), 2324–2329. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1226970>
- Oliveira, I. D. J., Couto, G. R., Santos, R. V., Campolargo, A. M., Lima, C., & Ferreira, P. L. (2021). Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: A consensus from a Portuguese expert panel. *Portuguese Journal of Public Health*, 39(145), 145–162.
- Pamaiahgari, P. (2020). *Evidence Summary: Stroke: Oral Hygiene*. The Joanna Briggs Institute EBP Database. JBI-ES-155-1.
- Porritt, K., McArthur, A., & Lockwood, C. M. Z. (2020). *JBI manual for evidence implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global>



CAPÍTULO III

**Projetos de implementação
da evidência:
Relatórios**

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Bertina Lopes^{1,2}

Dulce Vieira de Carvalho^{2,3}

¹Serviço de Formação, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

³Unidade de Psicose, Hospital Sobral Cid, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

Os desafios que se colocam aos profissionais de saúde e especificamente aos enfermeiros, derivam de novos modelos de gestão das instituições, nomeadamente do seu capital humano. A preocupação em investir em resultados, traduzidos em ganhos em saúde fundamentados na evidência, implicam uma estratégia de validação do desempenho dos indivíduos e das instituições.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), enquanto associação pública profissional, tem como atribuições, regular e supervisionar o acesso e o exercício da profissão. A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é, assim, determinante para garantir a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e para a tomada de decisão autónoma. A motivação para a implementação deste projeto teve subjacente a experiência profissional e o enquadramento do exercício profissional regulamentado pela OE (2018), que define “Supervisão Clínica como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (p. 16657).

Foi realizada uma revisão sistemática das avaliações empíricas da supervisão clínica nos sumários de evidência. Os resultados de estudos quantitativos e qualitativos evidenciam os efeitos positivos da supervisão clínica. Há evidências que a supervisão clínica é uma área mal definida com ausência de consenso na sua definição. As evidências sugerem que a escolha do supervisor e a preparação do supervisor clínico é importante (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017).

Neste contexto, a realização deste projeto de implementação da evidência na área da SCE, advém do facto de estar regulamentada pela OE e por ser reconhecida a sua relevância ao nível do exercício da profissão e dos ganhos em saúde para o cidadão.

Este projeto de implementação decorreu num centro hospitalar da região centro de Portugal, constituído por cinco polos que distam entre si até cinco quilómetros (agora já instinto e integrado enquanto Unidade Local de Saúde). Esta organização está integrada na rede de hospitais nível três e pertence ao Serviço Nacional de Saúde. A sua missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, formação e investigação. Disponibiliza cuidados de saúde para toda a população da sua área de influência direta, e por referência para os centros de referência e ainda, a todos os cidadãos nacionais com base no princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de saúde, atendimento consagrado na “Lei de Bases da Saúde e no Livre Acesso e Circulação”.

O objetivo geral deste projeto de implementação de evidência foi promover a Prática de SCE baseada em critérios de evidência, e assim melhorar os resultados da SCE e a utilização de recursos.

Teve como objetivos específicos:

1. Identificar e envolver uma equipa de enfermeiros e enfermeiros supervisores clínicos no contexto da prática clínica para promover a prática baseada na evidência, em cinco unidades de internamento psiquiátrico e avaliar a conformidade com as melhores práticas em SCE, utilizando a auditoria de *baseline*;
2. Identificar barreiras e facilitadores para atingir a conformidade, baseada nos resultados da auditoria de *baseline*, bem como, desenvolver e implementar estratégias para abordar as áreas de não conformidade com as melhores práticas de SCE;
3. Avaliar o resultado das intervenções implementadas, em conformidade com as melhores práticas em relação à SCE, efetuando auditoria *follow-up*.

METODOLOGIA

A estrutura do projeto baseou-se na implementação da evidência do JBI por meio do processo de auditoria e feedback com uma abordagem estruturada para a identificação e gestão de barreiras à conformidade com as práticas clínicas recomendadas.

Neste projeto utilizou-se a aplicação prática JBI de Auditoria do Sistema de Evidências Clínicas (JBI-PACES), pesquisa na prática (GRiP) e ferramenta de feedback. A estrutura para a promoção da saúde baseada em evidências envolve três etapas de atividade com sete fases: Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3), Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação (fases 4 e 5) e Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7).

Pré-planeamento

O projeto decorreu ao longo de sete meses (de outubro 2020 a maio de 2021) num Centro Hospitalar da região Centro de Portugal, num contexto urbano e integrou cinco unidades de internamento psiquiátrico, de um total de nove, que prestam cuidados de enfermagem especializados a doentes com patologia psiquiátrica. Foram envolvidos, como agentes de mudança, os enfermeiros gestores, os enfermeiros supervisores e os enfermeiros supervisionados. Foi registado como uma atividade de melhoria da qualidade no contexto dos serviços envolvidos. A participação foi voluntária e os participantes deram o seu consentimento livre, garantindo o cumprimento dos princípios éticos. Os questionários foram colocados em envelope fechado e garantido o sigilo, anonimato e direito de desistência. A constituição da equipa incluiu as coordenadoras, sete enfermeiras e um professor. Os membros da equipa, suas posições, organizações e funções, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Membros da equipa, cargos, organizações e funções no projeto de implementação

Membro da equipa	Posição	Organização	Papel
Coordenadora 1	Investigadoras e enfermeiras registadas (RN)	Portugal-Centro de Prática Baseada em Evidências: Centro de Excelência JBI, Unidade de Pesquisa em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Coordenação de projeto. Desenho de estratégias. Monitorização do programa de auditoria clínica. Formação. Análise e relatório de dados.
Coordenadora 2			
Enfermeira	Enfermeira Diretora	Centro Hospitalar	Facilitadora
Enfermeira	Enfermeiro Gestor	Unidades de Internamento	Facilitadores clínicos
Enfermeiro	Enfermeiros supervisores clínicos	Unidades de Internamento	Facilitadores clínicos
Enfermeiro	Enfermeiros supervisionados	Unidades de Internamento	Facilitadores clínicos
Enfermeira	Enfermeira	Centro Hospitalar	Formação
Enfermeira	Enfermeira	Centro Hospitalar	Formação
Enfermeira	Enfermeira	Centro Hospitalar	Formação
Professor	Professor	Faculdade de Psicologia de Coimbra	Formação

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

A auditoria de *baseline* decorreu de 25 de outubro de 2020 a 08 de janeiro 2021, com base nos critérios informados pela evidência. Os critérios de auditoria foram baseados no sumário de evidência “*Nursing Clinical Supervision*” (Edwards, 2019).

A Tabela 2 apresenta os critérios de auditoria informados pela evidência utilizados nas auditorias de *baseline* e de *follow-up*.

Tabela 2

Critérios de auditoria, amostra e método para medir a conformidade com as melhores práticas

Critério de auditoria	Guia de Auditoria	Amostra	Método usado para medir a % de conformidade com as melhores práticas
1			
O Centro Hospitalar do Centro tem uma política definida de identificação dos supervisores clínicos, em contexto de prática clínica por unidade clínica.	Sim	Auditoria <i>Baseline</i> : 1 enfermeira (n=1)	Entrevista à Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar.
	Não	Auditoria <i>Follow-up</i> : 1 enfermeira (n=1)	
2			
a)			
Os Enfermeiros Gestores identificam o(s) enfermeiro(s) supervisor(es) clínicos na Unidade Clínica que lideram?	Sim	Auditoria <i>Baseline</i> : 5 enfermeiros (n=5)	Entrevista aos enfermeiros gestores das Unidades de Internamento do Centro Hospitalar do Centro, onde lhes foi questionado a identificação do(s) supervisor(es) clínicos da Unidade Clínica que lideram.
	Não	Auditoria <i>Follow-up</i> : 5 enfermeiros (n=5)	
b)			
Os enfermeiros supervisores clínicos identificados têm formação em supervisão clínica?	Sim	Auditoria <i>Baseline</i> : 10 enfermeiros supervisores (n=10)	Aplicação de Questionário aos supervisores clínicos, das Unidades de internamento do Centro Hospitalar do Centro, onde foi formulada a questão: "É detentor de formação em supervisão clínica?" (sim/não)
	Não		

		10 enfermeiros supervisores (n=10)	Se sim qual: Pós-graduação em Supervisão Clínica; mestrado, doutoramento e outros. Formação em Supervisão Clínica acreditada pela Ordem dos Enfermeiros
3			
Os enfermeiros supervisionados sentem que lhes é disponibilizada supervisão clínica, de acordo com as suas necessidades individuais?	Sim	Auditoria <i>Baseline</i> : População total dos enfermeiros das Unidades de internamento. Amostra \geq 75% da população Auditoria <i>Follow-up</i> : População total dos enfermeiros das Unidades de internamento. Amostra \geq 75% da população	Aplicação de Questionário, aos enfermeiros supervisionados das Unidades de internamento do Centro Hospitalar do Centro, onde lhes é formulada a questão: "Sente que lhe é disponibilizada supervisão clínica de acordo com as suas necessidades individuais?" (sim/não)
	Não		

Com recurso ao software JBI-PACES, todos os membros da equipa do projeto analisaram os resultados da auditoria de *baseline* e, discutiram as estratégias para melhorar a conformidade com as melhores práticas em relação à supervisão clínica neste centro hospitalar do centro, em reuniões presenciais.

A ferramenta JBI GRiP, módulo do JBI-PACES, foi utilizada para documentar todas as barreiras identificadas, estratégias, facilitadores e recursos necessários para promover a mudança.

Avaliação do impacto e sustentabilidade

Foi realizada auditoria de *follow-up* usando os mesmos critérios de auditoria baseados em evidências da auditoria de *baseline*. Os dados de auditoria de *baseline* foram comparados com os dados de auditoria de *follow-up* e analisada a mudança nas percentagens de conformidade.

RESULTADOS

Auditoria de baseline

Os dados dos resultados sobre as mudanças na conformidade foram medidos usando estatística descritiva incorporadas no JBI-PACES na forma de mudanças percentuais.

A auditoria de *baseline* decorreu de 25 de outubro de 2020 a 8 de janeiro 2021. A figura 1 representa a distribuição dos resultados.

Figura 1

Resultado da auditoria de *baseline*



Legenda:

Critério 1 - O Centro Hospitalar tem definido uma política de identificação de Supervisor Clínico no contexto da prática clínica.

Critério 2a) - Os enfermeiros gestores identificam o(s) supervisor(es) clínicos na unidade clínica que lideram.

Critério 2b) - Os enfermeiros supervisores clínicos identificados tem formação em supervisão clínica.

Critério 3 - Sente que está a receber supervisão clínica de acordo com as suas necessidades individuais?

Verificou-se que o resultado de auditoria de *baseline* (Figura 1) apresentou conformidade com a evidência das melhores práticas no critério 2a). Nos critérios 1 e 2b) apresentou não conformidade (com valor percentual de zero). O critério 3 apresentou uma conformidade moderada.

Barreiras e Estratégias

Na tabela 3 são apresentados os critérios de auditoria, as barreiras, estratégias, recursos e resultados.

Tabela 3

Critérios de auditoria, Barreiras/estratégias/Recursos/Resultados

Critérios de auditorias / Barreiras	Estratégias	Recursos	Resultados
Critério 1			
O Centro hospitalar tem uma política definida de identificação dos supervisores clínicos, em contexto de prática clínica por Unidade Clínica	Reuniões com a Enfermeira Diretora. Envolvimento da gestão estratégica na definição de	Modelo de regulamento de gestão documental Sessões de trabalho da Coordenadora e	Medido pela evidência de regulamento institucional "Supervisão

<p>Barreiras</p> <p>O Centro hospitalar não tem uma política definida de identificação dos supervisores clínicos, em contexto de prática clínica por Unidade Clínica</p>	<p>uma política de identificação dos supervisores clínicos, em contexto de prática clínica por unidade clínica</p> <p>Reunião com a Coordenadora do grupo institucional “Reorganizar para Acreditar”</p>	<p>responsável do grupo “Reorganizar para Acreditar” com outro dos elementos do grupo para elaboração do Regulamento de Supervisão clínica</p> <p>Sessões de trabalho de assessoria na elaboração do regulamento institucional de Supervisão Clínica</p>	<p>clínica no Centro Hospitalar”</p>
<p>Critério 2 a)</p>			
<p>Os Enfermeiros gestores identificam dois supervisores clínicos na unidade clínica que lideram?</p> <p>Barreiras</p> <p>Supervisores clínicos não estão identificados na Unidade Clínica.</p>	<p>Reunião com o Enfermeiro gestor de cada unidade (n=5)</p> <p>Envolvimento da gestão intermédia na identificação do(s) supervisor(es) clínico(s) na unidade clínica que lideram</p>	<p>Entrevista aos enfermeiros chefes das Unidades de internamento do Centro Hospitalar onde lhes foi questionado a identificação do(s) supervisor(es) clínico(s) na Unidade Clínica que lideram</p>	<p>Medido pela Identificação do(s) supervisor(es) clínico(s) por Unidade Clínica</p>
<p>Critério 2 b)</p>			
<p>Os enfermeiros supervisores clínicos identificados tem formação em supervisão clínica?</p> <p>Barreiras</p> <p>Os enfermeiros supervisores clínicos identificados não tem formação em supervisão clínica</p>	<p>Aplicação de Questionário, aos supervisores clínicos, das Unidades de internamento do Centro Hospitalar, onde foi formulada a questão: “É detentor de formação em supervisão clínica?”</p>	<p>Curso na área da supervisão clínica num total de 21 horas.</p> <p>Pasta em suporte digital com documentos de apoio à supervisão clínica</p> <p>Suporte informático para registo de áreas de desenvolvimento, metas, estratégias e avaliação, para o supervisionado e supervisor</p>	<p>Medido pela Frequência no curso de Supervisão clínica (100%)</p> <p>Medido pelo registo da avaliação geral no curso (Muito Bom)</p>
<p>Critério 3</p>			
<p>Os enfermeiros supervisionados sentem que lhes é oferecida supervisão clínica, de acordo com as suas necessidades individuais?</p> <p>Barreiras</p> <p>Não apropriação do conceito de supervisão clínica de acordo com regulamento da Ordem dos Enfermeiros</p>	<p>Aplicação de Questionário, aos enfermeiros supervisionados das Unidades de internamento do Centro Hospitalar, onde lhes é formulada a questão: <i>Sente que está a receber supervisão clínica de acordo com as suas necessidades individuais?</i></p>	<p>Sessão formativa enquadradora do protocolo de implementação, por Unidade de internamento, com a duração de duas horas (N=5)</p> <p>Apresentação e discussão dos resultados da auditoria <i>baseline</i></p>	<p>Disponibilização da apresentação dos resultados da auditoria de <i>baseline</i></p> <p>Suporte informático de registo de necessidades de desenvolvimento.</p>

Sessão formativa de 4h sobre enquadramento conceptual da supervisão clínica

Pasta em suporte digital, acessível, com enquadramento de suporte à Supervisão Clínica

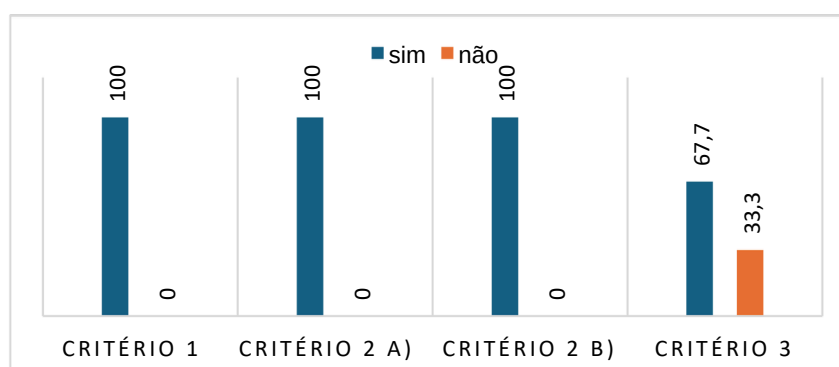
Auditoria de *follow-up*

Nesta seção, apresenta-se o tamanho da amostra e o percentual de conformidade com as melhores práticas para cada critério de auditoria, na auditoria de *follow-up*.

A Figura 2 apresenta a conformidade na auditoria de *follow-up*.

Figura 2

Resultado da auditoria de *follow-up*



Legenda:

Critério 1 - O Centro Hospitalar tem definido uma política de identificação de Supervisor Clínico no contexto da prática clínica.

Critério 2a) - Os enfermeiros gestores identificam o(s) supervisor(es) clínicos na unidade clínica que lideram.

Critério 2b) - Os enfermeiros supervisores clínicos identificados tem formação em supervisão clínica.

Critério 3 - Sente que está a receber supervisão clínica de acordo com as suas necessidades individuais?

Na Figura 2, verifica-se que o resultado de auditoria de *follow-up* apresenta uma mudança de não conformidade, para conformidade, com a evidência das melhores práticas, nos critérios 1 e 2b) (100%). O critério 3 apresenta um aumento na conformidade com um valor percentual de 67,7%.

O tamanho da amostra foi de cinco unidades de internamento; Amostra - contexto (Critério 1); Amostra n=5 (critério 2a); Amostra n=10 (Critério 2b); Amostra ≥75% (critério 3).

A SCE no centro hospitalar do centro está implementada a nível da política estratégica da organização com a definição de uma política institucional de supervisão clínica, através do regulamento "Supervisão Clínica em Enfermagem". A alteração na auditoria de *baseline* para a auditoria de *follow-up* foi percentualmente de zero para 100% respetivamente (critério um).

A capacitação dos supervisores clínicos com formação em SCE implicou uma mudança no critério dois b) com um valor percentual de 100% na auditoria de *follow-up*.

Verificamos que 67% dos enfermeiros sentiram que as suas necessidades individuais eram satisfeitas, na auditoria de *follow-up*. Apesar do incremento relativamente à auditoria de *baseline*, pensamos que o tempo de implementação do projeto foi pequeno e a sua continuidade, poderá ter tradução no aumento do valor percentual, em futuras auditorias de *follow-up*.

As barreiras encontradas foram ao nível de uma área de desenvolvimento nova. Não existia definição de política organizacional de supervisão clínica, não existiam supervisores clínicos identificados com essa função e os que foram designados, não tinham formação na área. As estratégias utilizadas foram envolver a gestão estratégica e intermedia, em reuniões formais e não formais, centradas nos facilitadores para a implementação do projeto.

No desenvolvimento do projeto, elencam-se as principais atividades desenvolvidas:

- Entrevista à enfermeira diretora (critério um), para verificar a existência de uma política definida na área da SCE;
- Entrevista ao enfermeiro gestor de cada unidade (critério dois a)), que indicou dois enfermeiros especialistas na área, com competência reconhecida para serem supervisores clínicos;
- Aplicação de questionário aos dois enfermeiros supervisores clínicos de cada Unidade (critério dois b)), questionando se tinham formação em SCE;
- Aplicação de questionário aos enfermeiros supervisionados (critério 3), questionando se sentiam que lhes era disponibilizada supervisão clínica, de acordo com as suas necessidades individuais;
- Reunião informativa e formativa em cada unidade de internamento (n=5), com o enfermeiro gestor e os dois enfermeiros supervisores (27 de janeiro a 19 fevereiro 2021);
- Apresentação dos resultados da auditoria de *baseline*, identificadas barreiras, facilitadores e recursos;
- Disponibilizado um suporte informático para identificação e registo de necessidades de desenvolvimento individual;
- Sessão aberta a todos os enfermeiros envolvidos na implementação do projeto com apresentação do GRiP (1 hora) e uma sessão na área do desenvolvimento pessoal e profissional (21 de abril de 2021- 3 horas);
- Curso de “Supervisão Clínica em Enfermagem” dirigido aos supervisores clínicos, que decorreu em 21, 22 de abril e 3 de maio com um total de 18 horas (disponibilizado a todos os formandos material em papel e suporte digital de apoio ao desenvolvimento do curso).

Para a sustentabilidade deste projeto foram delineadas como estratégias a existência de auditorias de *follow-up*, a capacitação dos supervisores clínicos e supervisionados na área da SCE, bem como, expandir a implementação a outras unidades clínicas da Instituição.

CONCLUSÃO

A implementação deste projeto promoveu a mudança da prática pois permitiu a capacitação dos enfermeiros ao nível do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, com ganhos em saúde para o cidadão.

“O exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico- reflexiva e consolidação da identidade profissional. Constitui-se, através do desenvolvimento de competências, como uma componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde. Importa, pois, ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (OE, 2018, p. 16657).

De acordo com as revisões utilizadas pelos sumários de evidência os resultados indicaram que, embora ainda haja apenas um corpo limitado de estudos empíricos sobre a determinação e medição dos efeitos da SCE e, portanto, este corpo de trabalho ser considerado como 'emergente', existe, no entanto, um pequeno corpo de trabalho empírico que relata os efeitos positivos da SCE. Além disso, esse corpo de trabalho é consistente ao longo do tempo e local, com a preponderância de estudos quantitativos que apontam os efeitos positivos do envolvimento com a SCE (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017).

Os resultados da revisão sistemática indicam, haver ainda, evidências que sugerem que a SCE permanece mal definida. A ausência de uma definição consensual que esclareça os seus objetivos centrais, é a barreira mais significativa, que afeta o sucesso da implementação de uma SCE eficaz (Cutcliffe et al., 2018)

Ao terminar este projeto de implementação da evidência em SCE foram atingidos os objetivos definidos. Os resultados dos critérios de auditoria de *baseline* [1, 2a), 2b) e 3] em relação aos critérios de evidência, tiveram uma evolução significativa verificada na auditoria de *follow-up*, que se deveu à alteração da política institucional com o regulamento de “Supervisão Clínica em Enfermagem”, reconhecimento formal do supervisor clínico nas unidades de internamento, capacitação do supervisor clínico com formação em supervisão clínica, motivação e envolvimento dos enfermeiros na implementação do projeto.

Salienta-se, no critério três, um aumento moderado, que pensamos estar relacionado com o tempo de implementação do projeto. A apropriação e consolidação da mudança, promotora da tomada de decisão autónoma e consequente alteração de comportamentos/atitude, é mais demorada no tempo, e carece de auditorias de acompanhamento.

Entendemos que o projeto de Implementação em SCE é sustentável por ser importante para a organização, para o exercício profissional dos enfermeiros e para o cidadão, ao nível da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde para o cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Edwards, D. (2019). *Evidence Summary: Nursing: Clinical Supervision*. The JBI EBP Database.
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 113. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>

2. GESTÃO DA DISFAGIA, POR ENFERMEIROS, EM DOENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) INTERNADOS NUMA UNIDADE DE NEUROLOGIA

Catarina Fernandes¹

Maria do Céu Nunes^{1,2}

Adelino Agostinho¹

Nuno Palricas¹

Luís Sacramento¹

Elsa Vieira¹

Eva Sousa¹

Fernando Silva¹

António Marques^{2,3}

Cármem Nogueira^{2,4}

Ana Ferreira⁵

Helena Cardoso⁵

Vera Dias⁶

¹Serviço de Neurologia, Unidade C/UAVC - Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ ESEnfC

³Departamento de Medicina e Especialidades Médicas, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁴Unidade de Inovação e Desenvolvimento, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁶Serviço de Nutrição e Dietética, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A disfagia é descrita como um comprometimento da deglutição normal (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2016) e é geralmente subclassificada em disfagia orofaríngea e disfagia esofágica (World Gastroenterology Organisation [WGO], 2014). Ocorre entre 29 e 81% dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo, dependendo do diagnóstico, características do AVC e do tempo e método de avaliação utilizado no rastreio da disfagia (Dziewas et al., 2021; Oliveira et al., 2021). Embora muitos doentes com AVC recuperem a deglutição dentro das primeiras semanas, 11 a 50% ainda apresentam disfagia aos 6 meses (Dziewas et al., 2021). Não sendo considerada uma das principais causas de mortalidade, as complicações que podem resultar da disfagia, como a pneumonia de aspiração, a desnutrição e a desidratação, pelo comprometimento na eficácia de deglutir, representam causas comuns de morte nos doentes com AVC (Benfield et al., 2020; Cohen et al., 2016; Dziewas et al., 2021; Jiang et al., 2016; Lin et al., 2021; Liu et al., 2020; Lizarondo, 2021; Oliveira et al., 2021; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2019). A identificação precoce da disfagia, com a determinação do risco de aspiração, é fundamental para a discussão das medidas a adotar na prevenção de tais complicações (Velasco et al., 2021).

Também a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017), em Portugal, na norma de orientação clínica da Via Verde do AVC no Adulto, determina que em todas as pessoas com AVC deve ser sempre avaliada a presença de condições que influenciem negativamente a recuperação da autonomia, nomeadamente a disfagia.

A necessidade de se realizar o rastreio da disfagia após o AVC é consensual, devendo ser realizado o mais cedo possível, por enfermeiros, através da utilização de uma ferramenta válida e confiável, no entanto, já não existe uniformidade quanto ao melhor e mais correto método a utilizar (Heaton et al., 2020; Liu et al., 2020; Liu et al., 2016; Lizarondo, 2021; Middleton et al. 2015; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2019; Palli et al., 2017). Esta dificuldade resulta da diversidade de instrumentos existentes, até ao momento, cabendo ao profissional escolher o instrumento que melhor se adapte à sua realidade de atuação, ao funcionamento do serviço e ao perfil dos doentes a serem avaliados (Oliveira et al., 2019).

O teste de deglutição de volume-viscosidade, "*Volume-Viscosity Swallow Test*" (V-VST), é uma ferramenta clínica para avaliação e diagnóstico da disfagia orofaríngea, exige apenas sessões teóricas e práticas para a sua aprendizagem, demora 5 a 10 minutos para ser concluído, permitindo uma triagem rápida, segura e precisa para disfagia orofaríngea em doentes hospitalizados, com múltiplas etiologias (Camões, 2018; Clavé et al., 2008; Liu et al., 2020; Lizarondo, 2021; Matos et al., 2015; Riera et al., 2021; Velasco et al., 2021). Na identificação da disfagia, o teste V-VST apresenta sensibilidade de 94% e especificidade de 88%, no entanto, a especificidade baixa na identificação de sinais de aspiração (Lizarondo, 2021).

Na presença de disfagia, o objetivo do tratamento passa por facilitar a passagem dos alimentos e líquidos e evitar a aspiração. O tratamento engloba a reabilitação e a reeducação da deglutição (correção da postura, treino da deglutição e exercícios de fortalecimento), a introdução de alterações nutricionais dando primazia à alimentação oral (espessamento dos líquidos, modificação da textura e consistência dos alimentos) e o apoio nutricional alternativo em situações de risco elevado de aspiração ou em casos em que a ingestão oral seja insuficiente para manter um estado nutricional adequado (Burgos et al., 2018; Dziewas et al., 2021; Oliveira et al., 2021; Powers et al., 2019; WGO, 2014; Winstein, 2016).

Neste âmbito, emerge a clara necessidade de intervenção o mais precocemente possível, cabendo ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) realizar a avaliação do risco da alteração da funcionalidade da alimentação, recolher toda a informação pertinente e usar os instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade da alimentação, avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar a atividade de comer e beber de modo independente e identificar as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível da alimentação (Regulamento nº 392/2019, 2019; Regulamento nº 350/2015, 2015).

Reconhecendo a importância da implementação de protocolos de rastreio nas unidades de AVC, é crucial o cumprimento das orientações baseadas em evidência na prestação de cuidados de saúde, na medida em que têm um impacto positivo na segurança dos doentes e permite melhorar os resultados em saúde.

O projeto teve como objetivo principal, aumentar a conformidade da ação dos enfermeiros com a boa prática no âmbito da gestão da disfagia, em doentes pós-AVC, numa unidade de internamento de neurologia de um centro hospitalar universitário em Portugal.

Mais especificamente, este projeto de implementação da evidência visou: determinar a conformidade atual com os critérios de boa prática na gestão da disfagia, identificar barreiras e facilitadores para melhorar a conformidade e desenvolver estratégias para promover as melhores práticas na avaliação/gestão da deglutição comprometida; melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre as melhores práticas para promover a avaliação/gestão da deglutição comprometida no doente pós-AVC; melhorar a conformidade com os critérios baseados em evidência em relação à promoção da avaliação/gestão da deglutição comprometida no doente pós-AVC; melhorar os ganhos em saúde na prevenção de complicações (como por exemplo, a aspiração); e melhorar o processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros relativamente ao foco: Deglutição.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação de boas práticas seguiu o método do *JBI Evidence Implementation Framework* (Porritt et al., 2020) e utilizou a ferramenta de auditoria e feedback e “*Getting Research into Practice (GRiP)*”. Esta estrutura para a promoção da saúde baseada em evidências envolve três etapas de atividade com sete fases: Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3), Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação (fases 4 e 5) e Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7).

Pré-planeamento

Este estudo foi desenvolvido ao longo de 15 meses, no período compreendido entre os meses de abril de 2022 e julho de 2023, na unidade de internamento C/Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) do serviço de Neurologia na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Trata-se de uma unidade vocacionada fundamentalmente para as doenças cerebrovasculares, que inclui uma unidade de internamento com 20 camas e uma unidade de AVC com 8 camas. No ano de 2021, esta unidade de internamento, atendeu 548 doentes, a maioria dos quais com o diagnóstico de AVC isquémico, com uma duração média de internamento de 13,04 dias. A equipa de enfermagem era constituída por 42 enfermeiros, dos quais 6 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A unidade de internamento utiliza o processo clínico eletrónico (*SClínico*) para documentação dos cuidados de enfermagem.

No desenvolvimento deste projeto de implementação de boas práticas, foi assegurado o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, tanto nas opções metodológicas, como nos critérios de inclusão e exclusão, aspetos operacionais, avaliação e implementação de estratégias.

Nesta fase foi definida a equipa do projeto, que incluiu: três coordenadores (um deles enfermeiro Gestor), quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois enfermeiros, um neurologista, um fisiatra, uma terapeuta da fala e uma nutricionista.

Para determinar os níveis atuais de conformidade com as recomendações das melhores práticas na gestão da disfagia, em doentes pós-AVC, este projeto utilizou onze critérios de auditoria baseados na melhor evidência disponível, nomeadamente em dois sumários de evidência JBI: “*Post stroke dysphagia: Nursing management*” (Moola, 2021) e “*Identification and management of dysphagia in adults with a neurological impairment*” (Hines et al., 2011), elencados na Tabela 1.

Tabela 1
Crítérios de auditoria

Crítérios Auditoria	
01	Todos os doentes com AVC são examinados por enfermeiro treinado tão próximo quanto possível da admissão, antes de receberem qualquer alimento, fluido ou medicamento por via oral, até às 24 horas após o internamento.
02	A avaliação da deglutição foi realizada por meio de uma ferramenta de rastreio validada (V-VST).
03	Os doentes com AVC que evidenciam sinais de agravamento da deglutição ou clínica respiratória foram submetidos a uma avaliação abrangente da deglutição por um terapeuta da fala.
04	Os doentes com AVC com dificuldades de deglutição receberam intervenções comportamentais (por ex., exercícios para deglutir, modificações ambientais, conselhos para deglutição segura e modificações dietéticas apropriadas), o mais precocemente possível após o AVC.
05	Não podem ser emanadas orientações específicas para a gestão da disfagia com o uso de terapêutica farmacológica, estimulação elétrica neuromuscular, estimulação elétrica da faringe, estimulação física, estimulação da corrente transcraniana e estimulação transcraniana magnética.
06	Todos os doentes com AVC receberam intervenções protocoladas de higiene oral para reduzir o risco de pneumonia por aspiração.
07	A alimentação enteral foi iniciada dentro de sete dias após o AVC em doentes que não conseguem deglutir com segurança.
08	Quando usada para suporte nutricional, a alimentação por sonda nasogástrica tem sido usada apenas por um curto período de tempo (2-3 semanas).
09	Doentes com AVC desnutridos ou com risco de desnutrição receberam suplementos nutricionais.
10	A equipa recebeu educação sobre como alimentar com segurança doentes com disfagia.
11	A textura, consistência e tipo de nutrição e hidratação necessárias, são documentadas.

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

A auditoria de *baseline* ocorreu entre outubro e novembro de 2022, com uma amostra de 74 doentes com AVC (25 com alterações da deglutição), assumindo-se como critério de exclusão aqueles que não tinham indicação de alimentação por via oral ou com recusa alimentar. Os profissionais em avaliação foram os elementos da equipa de enfermagem da unidade de internamento, excluindo os pertencentes à equipa do projeto e os em ausência de longa duração, à data, num total de 33. A colheita de dados centrou-se na análise retrospectiva da documentação do processo clínico eletrónico (*SClínico*). Para a colheita de dados, construiu-se um instrumento para verificar se os critérios auditados estavam ou não em conformidade com as recomendações baseadas na evidência.

Toda a equipa do projeto analisou os resultados da auditoria de *baseline* e foram discutidas estratégias para aumentar o nível de conformidade dos critérios auditados. A ferramenta GRIP foi utilizada para documentar as barreiras encontradas, com o objetivo de delinear estratégias e recursos para superá-las e melhorar o nível de conformidade. Esta fase decorreu entre dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

Após a implementação das melhores práticas, foi realizada uma auditoria de *follow-up* nos moldes idênticos aos da auditoria de *baseline*, entre maio e junho de 2023, utilizando-se os mesmos critérios e instrumento de colheita de dados. Constituída uma amostra de 35 doentes com AVC (20 com disfagia). Houve diferença no número de doentes entre a auditoria de *baseline* e a de *follow-up*, devido ao número de internamentos/altas no período de tempo considerado. Os resultados percentuais de conformidade de cada critério auditado foram comparados antes e após a implementação das melhores práticas, permitindo verificar o impacto deste projeto na prática clínica.

RESULTADOS

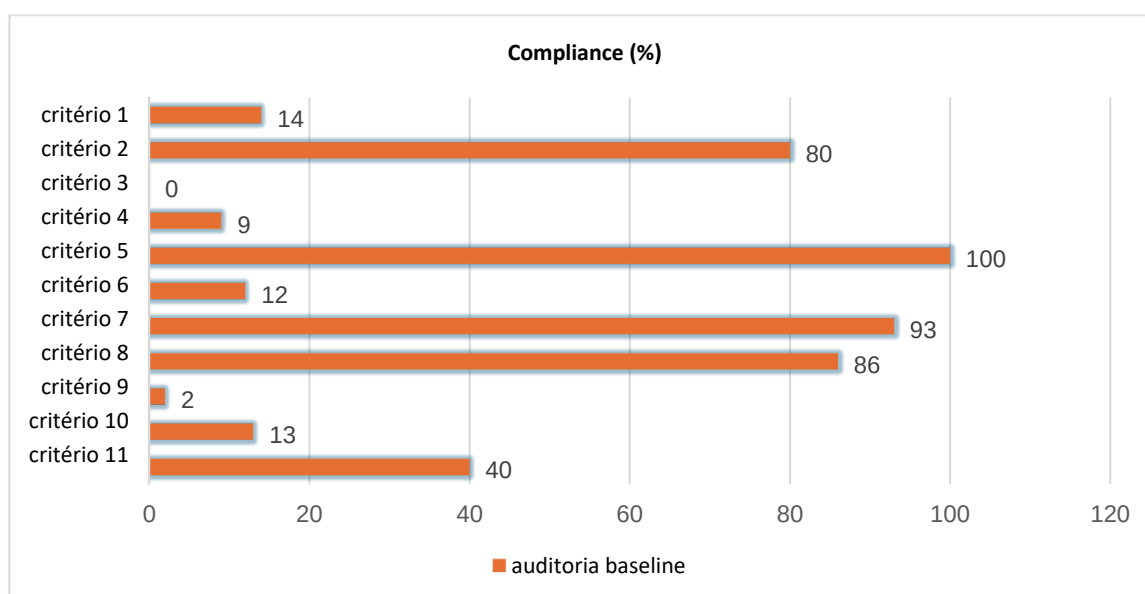
A secção de resultados foi organizada por: Auditoria de *baseline*, Barreiras e estratégias, Auditoria de *follow-up*.

Auditoria de *baseline*

As taxas de conformidade da auditoria de *baseline* estão apresentadas na figura 1. Os resultados mostraram que, dos 11 critérios de auditoria analisados, 6 apresentavam uma conformidade inferior a 20%. Os critérios 5, 7, 8 e 2 foram os critérios com mais conformidade 100%, 93%, 86% e 80%, respetivamente, enquanto, os critérios de auditoria 11, 1, 6, 4 e 9 tiveram apenas uma conformidade de 40%, 14%, 12%, 9% e 2%, respetivamente. E por fim, o critério 3 com conformidade de 0%.

Figura 1

Conformidade de base com as melhores práticas para os critérios de auditoria (%)



Barreiras e Estratégias

Face aos resultados obtidos na auditoria de *baseline*, os dados foram discutidos e foram identificadas cinco barreiras às melhores práticas, tendo sido definidas as estratégias destinadas a superá-las.

Barreira 1: Falta de conhecimento da equipa de enfermagem sobre avaliação da pessoa pós-AVC com deglutição comprometida.

Estratégia: A equipa do projeto construiu e implementou um programa de formação (3 workshops de 7 horas), para melhorar o conhecimento nessa área. Foram abordados os seguintes conteúdos: disfagia (conceito e incidência no AVC e complicações); fases da deglutição, estruturas anatómicas e pares cranianos envolvidos; sinais de alerta para a disfagia e risco de aspiração; avaliação da disfagia através de um instrumento de rastreio (V-VST); intervenções de enfermagem (posturas compensatórias, técnicas facilitadoras da deglutição, modificações alimentares (textura, volume e viscosidade) e utilização de espessante alimentar).

Figura 3

Flyer – Pessoa com disfagia

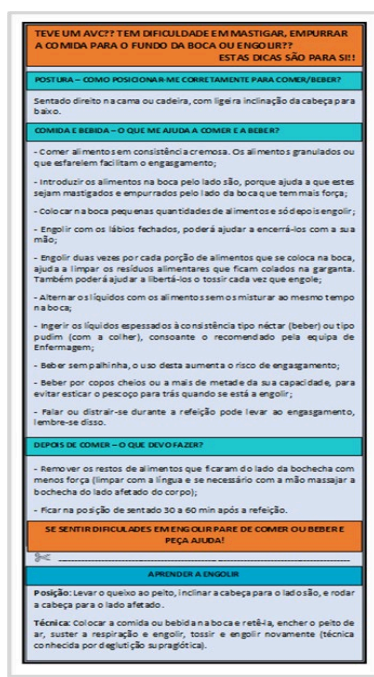


Figura 4

Sinalética hidratação/alimentação na pessoa com disfagia

SR. / SRA. VISITANTE NÃO DÊ ALIMENTOS /LÍQUIDOS SEM QUESTIONAR

IDENTIFICAÇÃO (INICIAIS): _____

MEDIDA: 200 ML (1 COPO CHEIO DE ÁGUA)

NÉCTAR – 1 COLHER DATA: _____

PUDIM – 3 COLHERES SEM DISFAGIA

HIDRATAÇÃO NÉCTAR	<input type="checkbox"/>
HIDRATAÇÃO PUDIM	<input type="checkbox"/>
HIDRATAÇÃO SNG	<input type="checkbox"/>
NADA ORAL SNG	<input type="checkbox"/>

Figura 5

Sinalética familiares/visitantes



Barreira 5: Dificuldade na articulação entre os diferentes profissionais de saúde (Médico, Farmacêutico, Nutricionista, e Terapeuta da Fala).

Estratégias: Coordenado com a equipa médica da unidade de internamento a prescrição da dieta recomendada em caso de presença de disfagia; articulado com os serviços farmacêuticos da Unidade Local de Saúde de Coimbra, o envio de espessante alimentar para a unidade de internamento; solicitada a colaboração do nutricionista que dá apoio à unidade de internamento para as situações de desnutrição ou risco; e cooperado com o terapeuta da fala alocado à unidade de internamento, nas situações de sinais de agravamento ou presença de alterações respiratórias, com alerta enviado via *email* institucional pelo terapeuta da fala e sua avaliação acessível em *SClínico*.

Auditoria de follow-up

A auditoria de acompanhamento ou de *follow-up* foi realizada após 3 meses de implementação das estratégias anteriormente referidas. As taxas de conformidade dos critérios auditados na auditoria de acompanhamento, comparadas com os resultados da auditoria de *baseline*, estão apresentadas na figura 6. No geral, verificou-se uma melhoria significativa em praticamente todos os critérios.

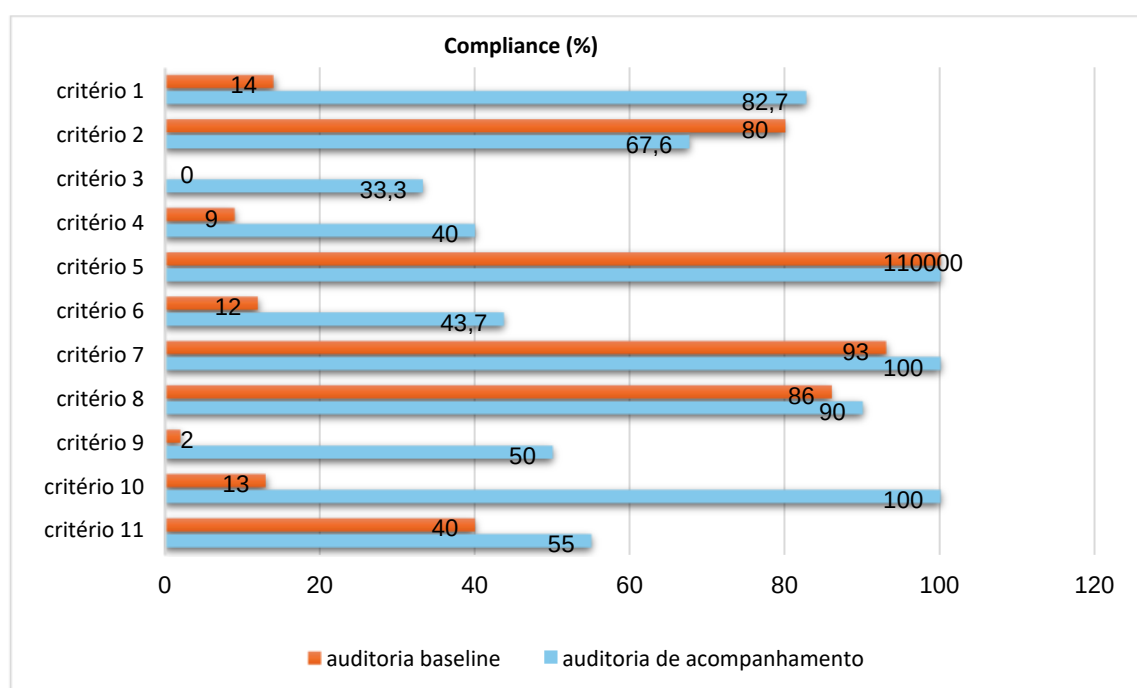
O critério 1 melhorou de 14% para 82,7%, o critério 3 de 0% para 33,33%, o critério 4 de 9% para 40%, o critério 6 de 12% para 43,75%, o critério 7 de 93% para 100%, o critério 8 de 86% para 90%, o critério 9 de 2% para 50%, o critério 10 de 13% para 100%, e por último, o critério 11 com subida dos 40% para 55% de conformidade.

A exceção à melhoria dos resultados, remete-se para o critério 2, passando de 80% para 67,6% de conformidade, resultado inferior ao esperado, não traduzindo a prática clínica recente na unidade de internamento. O rastreio da disfagia através da ferramenta V-VST, foi realizado numa percentagem muito superior, sendo evidência desse fato, a comunicação efetuada pela equipa de enfermagem em passagem de turno mencionando a aplicação do teste de rastreio e o registo em plataforma do serviço com o reagendamento da data da sua realização atualizado.

O motivo que parece estar associado ao não cumprimento do critério deve-se ao facto de, à data, não existir uma compreensão clara, por parte da equipa, sobre o local ou campo mais adequado no processo clínico eletrónico (*SClínico*) para a alocação da informação, tendo, por isso, sido fornecida orientação neste domínio. No entanto, perante os resultados e a constatação da não apropriação do conhecimento, assumiu-se a documentação dos cuidados de enfermagem na aplicação informática, nomeadamente no que respeita à utilização da ferramenta de rastreio da deglutição, como matéria alvo de formação contínua, para que se consiga aumentar a conformidade neste critério.

Figura 6

Cumprimento das melhores práticas para os critérios na auditoria de acompanhamento por comparação com a auditoria de baseline (%)



Por outro lado, salientamos o critério 1, com subida substancial no seu cumprimento, o que foi revelador da adesão da equipa e a preocupação pela avaliação da deglutição antes da introdução de qualquer alimento ou líquido.

Os critérios 3, 4, e 6, ainda permaneceram abaixo de 50% de conformidade, oferecendo oportunidade contínua de desenvolvimento.

No que se refere ao critério 3, embora traduzisse a existência de articulação com o terapeuta da fala, já existindo registos eletrónicos da sua avaliação passíveis de ser consultados pelo enfermeiro e com isso mudança da prática, o procedimento ainda não estava uniformizado na equipa, daí o resultado obtido não ter sido o desejável.

CONCLUSÃO

O projeto demonstra que a implementação de um programa de implementação de boas práticas na gestão da disfagia pode melhorar significativamente a atuação sistemática e sistematizada dos enfermeiros nesta área de intervenção, com um impacto positivo na segurança dos doentes pós-AVC, através da redução das complicações associadas, resultando, conseqüentemente, em melhores resultados em saúde.

Várias estratégias foram utilizadas, como: formação dos enfermeiros, desenvolvimento de protocolo de atuação e elaboração de material educativo com orientações sobre os cuidados à pessoa com deglutição comprometida. Entretanto, este projeto demonstra a necessidade de aumentar a conformidade de alguns critérios para 100%, através de acompanhamento contínuo a toda a equipa, a implementação de novas estratégias e de realização de auditorias de acompanhamento periódicas, que permitirá avaliar a conformidade da prática com a evidência.

O objetivo último e a maior mais-valia que identificamos com a implementação deste projeto é agregar valor, eficiência e qualidade global aos cuidados de saúde que prestamos, sempre centrados na pessoa, assegurando resultados de saúde positivos e almejando ganhos em saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores do projeto agradecem ao envolvimento dos profissionais de saúde que direta ou indiretamente colaboraram para o desenvolvimento deste projeto na unidade de internamento C/UAVC do serviço de Neurologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benfield, J. K., Everton, L. F., Bath, P. M., & England, T. J. (2020). Accuracy and clinical utility of comprehensive dysphagia screening assessments in acute stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1527-1538. <https://doi.org/10.1111/jocn.15192>
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jesús, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K.-A., Preiser, J. C., Van der Marck, M., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in Neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>
- Camões, C. A. M. M. (2018). Contributo para a validação do The Volume – Viscosity Swallow Test (V-VST): Versão portuguesa [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/82676>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806-815. https://www.academia.edu/21104904/Accuracy_of_the_volume_viscosity_swallow_test_for_clinical_screening_of_oropharyngeal_dysphagia_and_aspiration
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399-411. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE® versão 2015 – Classificação internacional para a prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017, julho 13). Norma nº 015/2017: Via verde do acidente vascular cerebral no adulto. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European stroke organisation and European society for swallowing disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), LXXXIX-CXV. <https://doi.org/10.1177%2F23969873211039721>

- Heaton, S., Farrell, A., & Bassett, L. (2020). Implementation of hospital wide dysphagia screening in a large acute tertiary teaching hospital. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(1), 95-105. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1597922>
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A., & Pattie, M. (2011). *Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update)*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 148-150. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00211.x>
- Jiang, J.-L., Fu, S.-Y., Wang, W.-H., & Ma, Y.-C. (2016). *Validity and reliability of swallowing screening tools used by nurses for dysphagia: A systematic review*. *Tzu Chi Medical Journal*, 28(2), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2016.04.006>
- Lin, S.-C., Lin, K.-H., Tsai, Y.-C., & Chiu, E.-C. (2021). Effects of a food preparation program on dietary well-being for stroke patients with dysphagia: A pilot study. *Medicine*, 100(25), e26479, 1-6. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000026479>
- Liu, H., Shi, Y., Shi, Y., Hu, R., & Jiang, H. (2016). Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: A best practice implementation project. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(7), 266-274. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-002971>
- Liu, Z.-Y., Zhang, X.-P., Mo, M.-M., Ye, R.-C., Hu, C.-X., Jiang, M.-Q., & Lin, M.-Q. (2020). Impact of the systematic use of the volume-viscosity swallow test in patients with acute ischemic stroke: A retrospective study. *BMC Neurology*, 20(154), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01733-0>
- Lizarondo, L. (2021). *Evidence summary: Dysphagia in acute care: Nurse-initiated screening*. The JBI EBP Database. JBI-ES-4919-1
- Matos, A., Bouça, C., Batista, J., Seara, M., Mestre, S., & Dias, T. (2015, september 01). *Portuguese version of the V-VST: Content validation [Poster presentation]*. 5th European Society of Swallowing Disorders (ESSD) Congress. Barcelona, Spain. https://www.researchgate.net/publication/293333882_Portuguese_Version_of_the_VVS_T_Content_Validation
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. W. (2015). Triage, treatment, and transfer: Evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), e18-e25. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139>
- Moola, S. (2021). *Evidence summary: Post stroke dysphagia: Nursing management*. The JBI EBP Database. JBI-ES-1069-1
- Oliveira, I. J., Couto, G. R., & Mota, L. A. N. (2020). Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients: A qualitative study. *Nursing Practice Today*, 7(3), 226-233. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i3.3351>
- Oliveira, I. J., Couto, G. R., Santos, R. V., Campolargo, A. M., Lima, C., & Ferreira, P. L. (2021). Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: A consensus from a Portuguese expert panel. *Portuguese Journal of Public Health*, 39(3), 145-162. <https://doi.org/10.1159/000520505>
- Oliveira, I. J., Mota, L. A. N., Freitas, S. V., & Ferreira, P. L. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103-115. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i3.1253>
- Palli, C., Fandler, S., Doppelhofer, K., Niederkorn, K., Enzinger, C., Vetta, C., Trampusch, E., Schmidt, R., Fazekas, F., & Gattringer, T. (2017). Early dysphagia screening by trained nurses reduces pneumonia rate in stroke patients: A clinical intervention study. *Stroke*, 48(9), 2583-2585. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018157>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Regulamento nº 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: II série*, nº 119, 16655-16660. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

- Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 85 (Parte E), 13565-13568. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2019/05/2S085A0000S00.pdf>
- Riera, S. A., Marin, S., Serra-Prat, M., Tomsen, N., Arreola, V., Ortega, O., Walshe, M., & Clavé, P. (2021). A systematic and a scoping review on the psychometrics and clinical utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) in the clinical screening and assessment of oropharyngeal dysphagia. *Foods*, 10(8), 1900. <https://doi.org/10.3390/foods10081900>
- Velasco, L. C., Imamura, R., Rêgo, A. P. V., Alves, P. R., Peixoto, L. P. S., & Siqueira, J. O. (2021). Sensitivity and specificity of bedside screening tests for detection of aspiration in patients admitted to a public rehabilitation hospital. *Dysphagia*, 36, 821-830. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10198-9>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- World Gastroenterology Organisation. (2014). World Gastroenterology Organisation practice guidelines – Disfagia: Diretrizes e cascatas mundiais. World Gastroenterology Organisation. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-portuguese>

3. GESTÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIA VASCULAR

Jacinta Manata^{1,2}

António Marques^{1,3}

Bertina Lopes^{1,4}

Daniel Mourão²

Carla Martins²

Margarida Santos²

Alexandre Vaz²

Mafalda Costa²

Gracinda Manso²

Celso Nunes²

Manuel Fonseca²

Marisa Caetano⁵

Margarida Cruz⁵

Edgar Semedo⁶

Filipa Madeira⁶

Beatriz Póvoa⁶

Elsa Santos⁷

¹Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ ESEnfC

²Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

³Departamento de Medicina e Especialidades Médicas, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁴Serviço de Formação, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Serviços de Farmácia Hospitalar, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁶Unidade de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁷Unidade de Dor Crónica, Serviço de Anestesiologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

Um aspeto essencial da recuperação pós-operatória de um doente é a gestão da dor aguda. A dor pós-operatória mal controlada afeta a qualidade de vida e pode afetar a recuperação funcional, o risco de complicações pós-cirúrgicas e o risco de dor pós-operatória persistente. Dada a importância de uma analgesia eficaz, a analgesia pós-cirúrgica multimodal tornou-se um elemento essencial na recuperação após a cirurgia (Chou et al., 2016; Schug et al., 2015).

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Considerado a dor como 5º sinal vital, é boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Direção Geral de Saúde, 2022).

A história da dor é essencial para identificar e quantificar a dor, formular diagnósticos e planear cuidados, o que implica conhecer o significado da experiência dolorosa. A história da dor inclui os fatores que a desencadeiam, agravam ou aliviam, os efeitos da dor na vida diária, as respostas comportamentais à dor, as estratégias de coping, os medos, o tipo de dor, a duração, a localização, a intensidade e outros (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

A dor em doentes com patologia vascular constitui um desafio para os cuidados de enfermagem e para a equipa de saúde, quer pela dor pré-existente, quer pelas múltiplas comorbilidades associadas, como a insuficiência renal, a obesidade, a diabetes mellitus, o défice cognitivo e a cardiopatia isquémica. Com o envelhecimento da população, a incidência de doenças vasculares aumenta, com o conseqüente aumento da necessidade de gerir a dor aguda e crónica nesta população. O tratamento da dor pós-operatória pode ser complexo, pois para além das múltiplas comorbilidades a considerar, a medicação anticoagulante pode impedir a utilização de vias de administração mais invasivas no período perioperatório (Boric et al., 2017).

As pessoas com doença vascular sentem frequentemente dor e têm um risco elevado de sofrer de dor crónica, pelo que, no contexto da dor aguda, a estratégia de profilaxia analgésica é recomendada sempre que possível (Wu et al., 2015; Joshi & Kehlet, 2019). A gestão multidisciplinar da dor é importante para maximizar o alívio da dor, permitir a funcionalidade e a qualidade de vida. O recurso a tratamentos mais invasivos (por exemplo, estimulação da medula espinal) e psicológicos (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) deve ser ponderado precocemente (Aubrun et al., 2019; Lee et al., 2018; Seretny & Colvin, 2016).

Um estudo retrospectivo com doentes submetidos a cirurgia vascular teve como objetivo compreender a gestão da dor perioperatória em cirurgia vascular e compará-la com as diretrizes relevantes para a gestão da dor perioperatória. O estudo indica que os procedimentos nesse hospital não seguiram as diretrizes para a gestão da dor perioperatória em cirurgia vascular, a maioria dos doentes não recebeu analgesia adequada e 17% não recebeu qualquer analgesia após a cirurgia (Minami et al., 2020).

Outro estudo do tipo longitudinal, com pessoas com doença vascular, teve como objetivo compreender os fatores associados à não adesão à medicação em doentes no pós-operatório de cirurgia vascular por um período de 3 meses. Numa das suas conclusões, é referido que a idade mais jovem e um elevado nível de dor estavam associados a uma menor adesão à medicação em doentes submetidos a cirurgia vascular (Piotrkowska et al., 2020).

Existem poucos estudos sobre a gestão da dor em contexto vascular, sendo um desafio nesta população com comorbilidades. Adicionalmente, este tema foi escolhido devido à ausência de informação fornecida aos doentes, bem como, à falta de cuidados sistematizados implementados pelos profissionais de saúde neste contexto específico – uma unidade de cirurgia vascular de um hospital terciário português.

Pretendemos combinar um modelo baseado na teoria e nas perspetivas das partes interessadas para garantir a melhor abordagem de implementação neste contexto.

A auditoria clínica foi desenvolvida em sete fases, utilizando o instrumento PACES (*Practical Application of Clinical Evidence System*) e as ferramentas de auditoria e feedback GRiP (*Getting Research into Practice*) para promover a mudança nas práticas de cuidados de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados.

Este projeto de implementação da evidência teve como principal objetivo, aumentar a conformidade das práticas da equipa do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular da Unidade Local de Saúde de Coimbra, alinhando-as com as melhores práticas na gestão da dor aguda em adultos no período pós-operatório.

Como objetivos específicos pretendeu-se: definir a atual conformidade com os critérios de boas práticas na gestão da dor pós-operatória; identificar barreiras e facilitadores na avaliação e gestão da dor; melhorar o conhecimento sobre as boas práticas relativas à gestão da dor no pós-operatório de cirurgia vascular; melhorar o cumprimento dos critérios de boas práticas na gestão da dor pós-operatória; melhorar os ganhos dos doentes em termos de conhecimentos e competências para a autogestão da dor.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação da evidência utilizou como referência a metodologia de implementação da evidência do JBI. Os critérios de auditoria foram baseados no Evidence Summary "*Post-Surgery (Adults): Pain Management*" (Porrit, 2020). A implementação da evidência recorreu às ferramentas PACES e GRiP. A estrutura para a promoção da saúde baseada em evidências envolve três etapas de atividade com sete fases: Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3), Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação (fases 4 e 5) e Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7).

Pré-planeamento

A fase de pré-planeamento teve lugar em fevereiro de 2022: realizámos uma reunião para discutir a temática a eleger, os objetivos, as etapas do projeto e as recomendações e estratégias de melhores práticas.

(Fase 1) A área escolhida foi a gestão da dor, especificamente em adultos pós cirurgia vascular. A falta de sistematização do processo de gestão da dor foi identificada pela equipa de enfermagem, tendo em conta a complexidade da condição de saúde dos doentes.

(Fase 2) A equipa inclui coordenadores do NIE e enfermeiros do serviço de cirurgia vascular, sendo um deles o Enfermeiro Gestor (Tabela 1).

Tabela 1

Membros da equipa, seus cargos, organizações e papéis no projeto de implementação

MEMBROS DA EQUIPA	POSIÇÃO	RESPONSABILIDADES
	Investigador	Coordenador do projeto. (Equipa principal do JBI)
A.M.	Enfermeiro gestor em funções de direção	Delineou e acompanhou o projeto de auditoria clínica. Formação. Análise de dados e relatório.
J.M.	Investigador Enfermeira especialista	Coordenador do projeto. Elaboração e acompanhamento do projeto de auditoria clínica. Formação. Análise de dados. Elaboração de relatórios.
B.L.	Investigador Enfermeiro especialista Diretora do Serviço de Formação.	Coordenador do projeto do departamento. Elaboração e acompanhamento do projeto de auditoria clínica. Análise de dados.
G.M.	Enfermeiro-gestor do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular	Facilitador clínico conceção de estratégias.
D.M.	Enfermeiros Especialistas	Facilitador clínico
C.M.		Estratégias concebidas.
M.C.		Recolha de dados.
M.S.		Formação.
A.V.		

(Fase 3) Para avaliar o contexto e a disponibilidade para a mudança, foi necessário discutir as questões que tinham impacto no projeto de implementação e o envolvimento da equipa multidisciplinar.

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

(Fase 4) De 11 a 18 de fevereiro de 2022, utilizando o *software* JBI-PACES, todos os membros da equipa do projeto analisaram os resultados da auditoria de *baseline*, identificaram as barreiras que estavam na origem das diferenças entre as práticas em uso e as melhores práticas informadas pela evidência. O projeto e os critérios de auditoria baseiam-se na melhor evidência disponível já citada (Porrit, 2020). Os critérios de auditoria, a amostra a incluir, o método de avaliação da conformidade e o seu funcionamento são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Critérios de auditoria, amostra e abordagem para avaliação do cumprimento das boas práticas

CRITÉRIO DE AUDITORIA	Amostra	Método para medir a conformidade	Guia de auditoria
1. As pessoas recebem informação pré-operatória individualizada sobre gestão da dor no pós-operatório.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínico	Registo de ensinos ou de disponibilização de documentos para o utente/família sobre gestão da dor no pós-operatório em notas gerais no processo de enfermagem.
2. As pessoas são submetidas à avaliação pré-operatória para dar continuidade à gestão da dor pós-operatória.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínico	Registo de avaliação da dor pré-operatória, comorbilidades, medicamentos, história de dor, abuso de substâncias, experiências anteriores de dor pós-operatória e respostas à dor.
3. Os objetivos e planos de tratamento individuais para a gestão da dor pós-operatória são documentados.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínico	Plano individual do tratamento da dor, com registo em atitudes terapêuticas e diagnóstico e intervenções sempre que ocorra dor.
4. Existe um procedimento para a gestão da dor pós-operatória, prevendo analgesia multimodal, dirigido aos estados de dor.	Manual da Qualidade	Consulta Manual da Qualidade	Procedimento para a gestão da dor pós-operatória nos moldes estabelecidos no critério.
5. Existe um instrumento para avaliar a resposta da pessoa ao tratamento da gestão da dor.	Manual da Qualidade	Consulta Manual da Qualidade	Instrumento adequado adotado para avaliação da dor e resposta da pessoa ao tratamento da dor no período pós-operatório.
6. As pessoas recebem um tratamento multimodal da dor que envolve uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínica	Registo de terapêutica analgésica farmacológica adequada e de intervenções não farmacológicas.
7. As pessoas que têm opióides sistémicos são monitorizados para sedação, estado respiratório e outros eventos adversos potenciais.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínica	Registo da monitorização da sedação, estado respiratório e eventos adversos potenciais.
8. Doentes com dor pós-operatória não controlada são encaminhados para especialistas em dor.	<i>Baseline:</i> 30 processos clínicos <i>Follow-up:</i> 35 processos clínicos	No sistema de informação clínica	Registo de encaminhamento dos doentes com dor pós-operatória não controlada para especialistas em dor.

(Fase 5) De seguida, discutimos estratégias para melhorar a conformidade com as boas práticas relacionadas com a promoção da gestão da dor pós-operatória. A ferramenta JBI GRiP, no módulo JBI-PACES, foi utilizada para documentar todas as barreiras, estratégias e recursos identificados como necessários para promover as mudanças. De 9 de janeiro a 31 de junho de 2023, foram implementadas as estratégias de implementação da evidência.

Avaliação do impacto e sustentabilidade

(Fase 6) A auditoria de acompanhamento permitiu rever as práticas atuais de gestão da dor em relação às baseadas na evidência e implementar várias alterações, incluindo a abordagem multidisciplinar.

(Fase 7) Atendendo aos resultados obtidos, serão realizadas auditorias de acompanhamento em conformidade com o preconizado pelo JBI.

As alterações na conformidade foram medidas utilizando estatísticas descritivas no JBI-PACES sob a forma de alterações percentuais em relação à *baseline*.

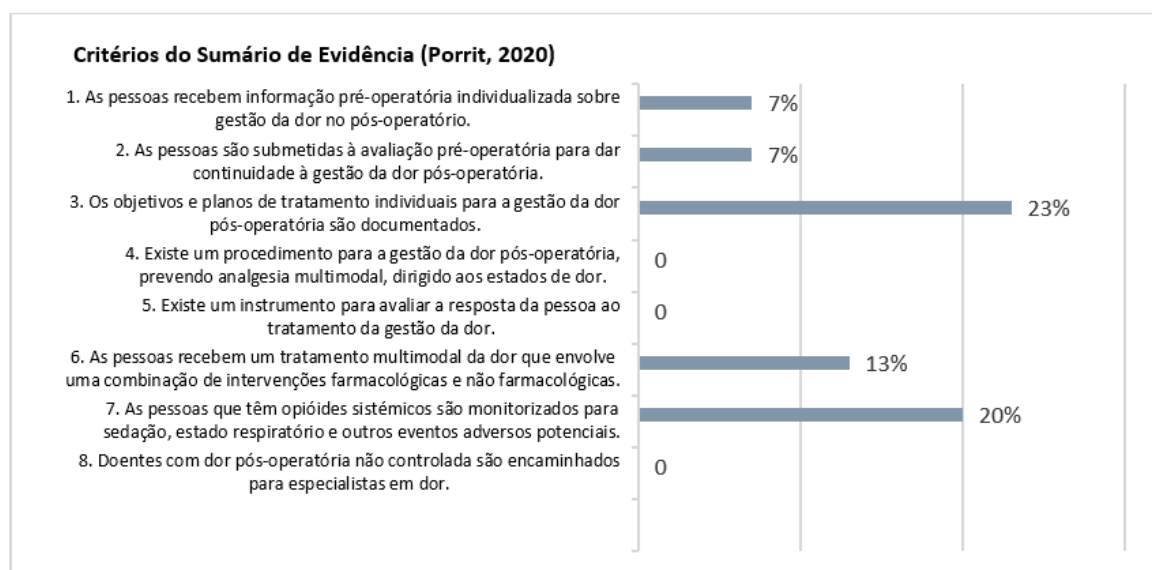
RESULTADOS

Os resultados são apresentados em 3 domínios abrangentes: auditoria de *baseline*, barreiras e estratégias, e auditoria de *follow-up*.

Auditoria de baseline

Na auditoria de *baseline*, que decorreu de 2 de março a 11 de março, consultámos processos clínicos de 30 pessoas no período pós-operatório na enfermaria de cirurgia vascular. Como critérios de exclusão, considerámos pessoas no período pós-operatório de cirurgias urgentes, pessoas com dificuldades de comunicação (cegueira ou surdez), com confusão ou com limitações cognitivas.

Os resultados da auditoria de *baseline* estão organizados na Figura 1 e apresentam um cumprimento muito baixo em todos os critérios. Verificou-se um cumprimento de 7% dos critérios de auditoria baseados na evidência 1 e 2, "Os indivíduos recebem informação pré-operatória individualizada sobre a gestão da dor pós-operatória" e "As pessoas são submetidas a uma avaliação pré-operatória para continuar a gestão da dor pós-operatória". A conformidade do critério 3 "Os objetivos individuais e os planos de tratamento para a gestão da dor pós-operatória estão documentados" foi de 23%. O cumprimento do critério 5 "As pessoas recebem um tratamento multimodal da dor que envolve uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas" foi de 13% e o cumprimento do critério 7 "As pessoas que tomam opiáceos sistémicos são monitorizadas quanto a sedação, estado respiratório e outros potenciais eventos adversos" foi de 20%. Finalmente, os critérios 4, 5 e 8 eram nulos: "Existe um procedimento para a gestão da dor pós-operatória, fornecendo analgesia multimodal, direcionada para os estados de dor", "Existe um instrumento para avaliar a resposta da pessoa ao tratamento da dor" e "Os doentes com dor pós-operatória não controlada são encaminhados para especialistas em dor".

Figura 1*Auditoria de baseline*

Barreiras e estratégias

Neste projeto, identificámos barreiras e analisámo-las de acordo com os critérios de auditoria.

O projeto iniciou-se como um problema identificado pelos enfermeiros, contudo, sendo a gestão da dor uma abordagem multidisciplinar para melhorar o cumprimento das melhores práticas, foi mandatário tornar este um desafio de toda a equipa multidisciplinar. Assim, os coordenadores, reunidos com o Diretor de Serviço e líderes das sub-equipas, decidiram incluir cirurgiões vasculares, farmacêuticos e anestesiólogos de referência do serviço, na melhoria dos critérios 4, 5 e 8. As barreiras e estratégias identificadas encontram-se descritas na tabela 3.

Tabela 3

Matriz "Getting Research into Practice"

Barreiras	Estratégias	Recursos	Resultados
Falta de sensibilização da equipa relativamente ao ensino ou intervenções de enfermagem à pessoa sobre a gestão da dor	- Apresentação e discussão dos resultados da auditoria de base em reuniões com a equipa de enfermagem. - Implementação de um programa de formação/sensibilização da equipa de enfermagem no domínio da gestão da dor pós-operatória.	- Formadores do serviço e externos - Guidelines sobre a boa prática - Reuniões de reflexão - Reflexões oportunas	- Sensibilização da equipa de enfermagem para o ensino ou para as intervenções de enfermagem junto da pessoa sobre a gestão da dor. - Melhoria no critério 1 (7%-57%) - Melhoria no critério 2 (7%- 91%)
Falta de conhecimento da equipa	- Implementação de um programa de formação para os cirurgiões vasculares, farmacêuticos. - Lembretes durante a passagem de turno. - Acompanhamento das práticas.	- Sessões formativas em sala - Discussão de casos - Programa contínuo de formação para os cirurgiões vasculares, farmacêuticos e enfermeiros	Melhoria dos critérios 4 e 5 6 e 7
Inexistência de folhetos informativos aos doentes	Elaboração de folhetos informativos para o doente e a família.	- Profissionais do serviço - Guidelines sobre a boa prática	
Falta de sensibilização para a documentação no diagnóstico de dor e intervenções de enfermagem autónomas	- Sensibilização para a importância da documentação em enfermagem. - Lembretes inseridos nos PC's.	- Guidelines sobre a boa prática - Reflexões na Equipa	
Não existe um procedimento para a gestão da dor pós-operatória, prevendo analgesia multimodal, dirigido aos estados de dor.	- Elaboração de um procedimento normalizado de abordagem, gestão e avaliação da dor. - Sensibilização para a metodologia a usar na avaliação da resposta à dor.	- Guidelines sobre a boa prática - Peritos na área da dor (enfermeiros, anestesistas, farmacêuticos)	- Melhoria nos critérios 1 e 2 Melhoria dos critérios 4 e 5
Falta de estruturação para avaliar a resposta da pessoa ao tratamento da gestão da dor			Melhoria dos critérios 8
Falta de encaminhamento das Pessoas com dor pós-operatória não controlada para especialistas em dor.			

De uma forma transversal, devido à baixa adesão em todos os critérios e de acordo com a análise do contexto e barreiras, apresentamos sumariamente as estratégias globais desenvolvidas:

- Formação dos profissionais;
- Reuniões multidisciplinares com frequência regular;
- Desenvolvimento de um procedimento para avaliação e controlo da dor;
- Construção de protocolos farmacológicos;
- Fluxograma de decisão em terapias multimodais e encaminhamento de doentes;
- Construção do Manual de Boas Práticas na Gestão da Dor.

Auditoria de follow-up

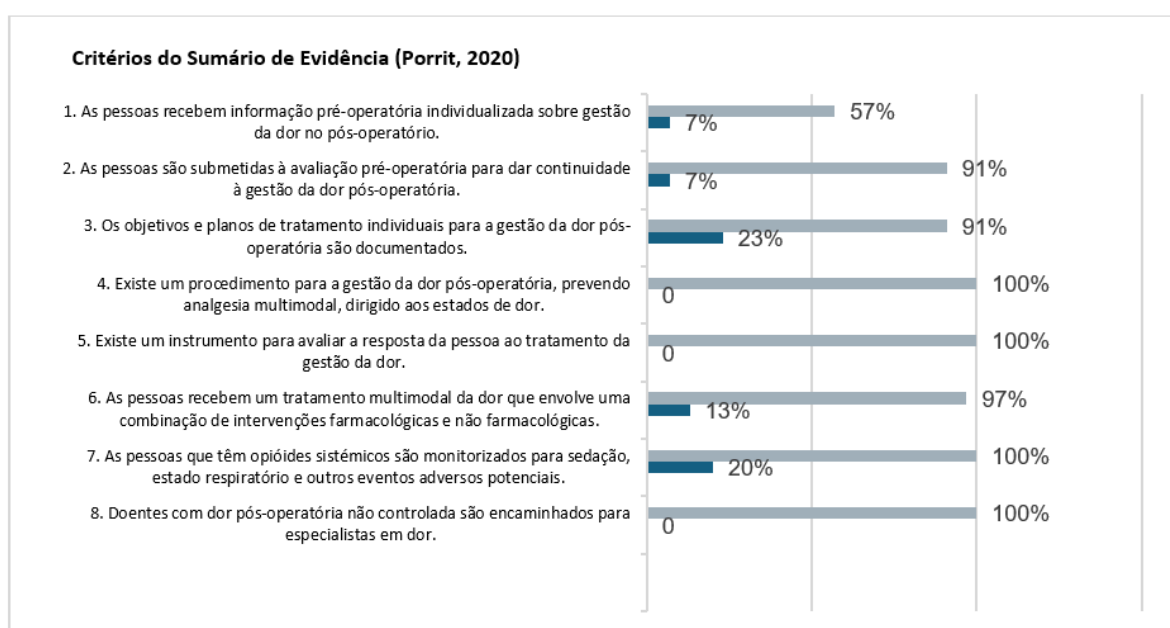
A auditoria de *follow-up* demonstrou uma conformidade de 100% em 4 critérios (4, 5, 7 e 8):

"Existe um procedimento para a gestão da dor pós-operatória, fornecendo analgesia multimodal, direcionada para os estados de dor", "As pessoas que tomam opióides sistémicos são monitorizadas quanto à sedação, estado respiratório e outros potenciais eventos adversos" e "Os doentes com dor pós-operatória não controlada são encaminhados para especialistas em dor".

Registou-se uma melhoria de 7% para 91% no critério 2: "As pessoas são submetidas a uma avaliação pré-operatória para continuarem a gerir a dor pós-operatória"; um aumento de 23%-91% no critério 3: "São documentados objetivos individuais e planos de tratamento para a gestão da dor pós-operatória"; e um aumento de 13%-97% em "As pessoas recebem uma gestão multimodal da dor que envolve uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas".

Figura 2

Cumprimento dos critérios de auditoria de boas práticas nos ciclos de auditoria de baseline e de follow-up (%)



CONCLUSÃO

Em geral, o projeto foi bem-sucedido na sensibilização para a gestão da dor e incorporação de mudança e melhorias das práticas clínicas através de um programa de educação para a equipa de enfermagem e multidisciplinar, com recurso a material informativo e fluxogramas de apoio à decisão.

Os principais objetivos do presente projeto foram alcançados e as recomendações baseadas na evidência para a gestão da dor pós-cirúrgica foram implementadas. Verificou-se uma melhoria na qualidade da educação relacionada com a dor e no registo de dados sobre a dor nos registos de enfermagem e médicos.

Além disso, a prática clínica relacionada com a gestão da dor pós-cirúrgica e a qualidade dos planos de tratamento da dor, incluindo as necessidades individuais e o encaminhamento para outro especialista em dor se não for controlada.

A implementação do fluxograma de decisão foi um passo positivo para melhorar a qualidade da gestão da dor numa abordagem interprofissional e multisectorial na organização.

Porém, identifica-se que existe ainda a necessidade de melhorar a informação pré-operatória individualizada sobre a gestão da dor pós-operatória. Este resultado relaciona-se com períodos curtos entre o início do internamento hospitalar e o momento cirúrgico, o que dificulta a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas à capacitação da pessoa relativamente à avaliação e gestão da dor.

Estes resultados podem influenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com dor no pós-operatório de cirurgia vascular o que vai de encontro o estudo de Piotrkowska et al. (2020). Este aspeto é fundamental no sentido de promover a adesão ao regime medicamentoso, como é descrito no estudo de Minami et al. (2020), que acrescenta que há um abandono da medicação analgésica e consequente aumento da perceção da dor. Piotrkowska et al. (2020) salientam a necessidade de considerar a adesão à medicação para a dor em doentes com dor pós-operatória, prevenir a dor crónica após a cirurgia e considerar outras comorbilidades que interferem na perceção da dor em doentes com doença vascular.

Os aspetos fortes deste projeto relacionam-se com a realização de reuniões frequentes entre diferentes atores, com áreas de saber e *expertise* específicas, da mesma organização, que se espera que interajam interdisciplinarmente. Numa das conclusões de Boric et al. (2017), a melhoria dos resultados passa pela educação da equipa hospitalar, a coordenação da equipa, a comunicação com os doentes e a rapidez das ações.

A equipa de enfermagem foi crucial no suporte destas estratégias e no desencadear da aceitação das fragilidades em equipa e das oportunidades de melhoria, considerando a pessoa como o centro no processo de cuidar.

Este projeto apresenta algumas limitações, sendo que as principais foram as limitações de tempo para a implementação das estratégias e a dificuldade em conciliar os horários dos diferentes profissionais, sobretudo no que se refere à formação formal.

Para garantir a sustentabilidade do projeto ao longo do tempo, as estratégias devem ser orientadas para a mudança da abordagem multidisciplinar em equipa, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes de cirurgia vascular. Será necessário realizar auditorias adicionais para consolidar estas mudanças na prática e garantir o apoio contínuo ao projeto. Os resultados obtidos serão replicados e divulgados a outras unidades cirúrgicas desta instituição de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubrun, F., Nouette-Gaulain, K., Fletcher, D., Belbachir, A., Beloeil, H., Carles, M., Cuvillon, P., Dadure, C., Lebuffe, G., Marret, E., Martinez, V., Olivier, M., Sabourdin, N., & Zetlaoui, P. (2019). Revision of expert panel's guidelines on postoperative pain management. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 38(4), 405–411. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2019.02.011>
- Boric, K., Boric, M., Boric, T., & Puljak, L. (2017). Analysis of perioperative pain management in vascular surgery indicates that practice does not adhere with guidelines: A retrospective cross-sectional study. *Journal of Pain Research*, 10, 203–209. <https://doi.org/10.2147/JPR.S123894>.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., Thirlby, R., ... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The journal of pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>
- Joshi, G. P., & Kehlet, H. (2019). Postoperative pain management in the era of ERAS: An overview. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 33(3), 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.07.016>
- Lee, B., Schug, S. A., Joshi, G. P., Kehlet, H., & PROSPECT Working Group (2018). Procedure-Specific Pain Management (PROSPECT) - An update. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 32(2), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2018.06.012>
- Minami, H. R., Zemela, M. S., Ring, A. C., Williams, M. S., & Smeds, M. R. (2020). Factors Associated With Medication Adherence in Vascular Surgery Patients. *Vascular and endovascular surgery*, 54(7), 625–632. <https://doi.org/10.1177/1538574420941300>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Piotrkowska, R., Jarzynkowski, P., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Terech-Skóra, S., Kobylarz, A., & Książek, J. (2020). Assessment of the Quality of Nursing Care of Postoperative Pain in Patients Undergoing Vascular Procedures. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(5), 484–490. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.010>
- Porrit, B. (2020). *Evidence Summary: Post-Surgery (Adults): Pain Management*. The JBI EBP Database. JBI-ES-360-1.
- Schug, S.A., Palmer, G.M., Scott, D.A., Halliwell, R., & Trinca, J. (2015). *APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th Edition)*. ANZCA & FPM, Melbourne.
- Seretny, M., & Colvin, L. A. (2016). Pain management in patients with vascular disease. *British journal of anaesthesia*, 117(3), ii95–ii106. <https://doi.org/10.1093/bja/aew212>
- Wu, M. S., Chen, K. H., Chen, I. F., Huang, S. K., Tzeng, P. C., Yeh, M. L., Lee, F. P., Lin, J. G., & Chen, C. (2016). The Efficacy of Acupuncture in Post-Operative Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 11(3), e0150367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150367>

4. FACILITAÇÃO DA PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO PARA A ALTA

Liliana Ferraz^{1,2}

Elsa Cardoso³

Ana Almeida³

Fernando Gameiro³

Daniela Diniz³

Maria Alves³

Diana Santos^{2,4}

António Marques^{2,5}

¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

³Serviço de Neonatologia A - Unidade de Cuidados Intensivos, Maternidade Daniel de Matos, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁴Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

Em Portugal e no mundo, a prematuridade é considerada uma questão relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal. Embora seja responsabilizada por ser uma das principais causas de mortalidade neonatal, cada vez mais é garantida a sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNP), inclusivamente aqueles que nascem extremamente prematuros (Ferraz & Fernandes, 2017).

Apesar de 2020 ter registado um decréscimo na percentagem de nascimentos prematuros em Portugal (nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas), a média entre 2015 e 2020 ronda os 8%, sendo as percentagens mais elevadas nas mães com 35 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2021). O serviço de Neonatologia A - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da Unidade Local de Saúde Coimbra (ULS Coimbra) revê a sua responsabilidade na resposta às exigências especiais de cuidados ao RNP e suas famílias que possam garantir a sua melhor qualidade de vida.

Os RNP e as suas famílias experienciam uma viagem desconhecida e frequentemente traumática numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Desde a admissão à alta do RNP, os pais podem sentir-se inseguros e questionarem-se sobre as suas próprias capacidades parentais, sendo os Cuidados Centrados na Família (CCF) fundamentais no empoderamento parental (Coughlin, 2016; Ferraz & Fernandes, 2017).

Os CCF respeitam uma filosofia de cuidados, que visa fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Coughlin, 2016; Craig et al., 2015).

A presença parental, o bem-estar emocional, a confiança e o sentido de competência parental compreendem os atributos dos CCF, fundamentais para a recuperação do RNP internado numa UCIN e a integridade da família em crise. Traduzir os princípios de CCF para a prática clínica pode ser um desafio para o enfermeiro, uma vez que tem um vasto leque de prioridades para gerir nos cuidados que presta, tem de conhecer os pais, a sua predisposição para se envolver e participar nos cuidados ao seu filho, encontrar um equilíbrio entre as prioridades clínicas e o envolvimento parental nas práticas diárias, algumas vezes assustadoras para os pais (Lee et al., 2014). É necessário construir estratégias de comunicação eficazes, autênticas e centradas na pessoa para favorecer os relacionamentos terapêuticos e a parceria (Sousa, 2013; Weiss et al., 2010; Wigert et al., 2014).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), o enfermeiro especialista intervém na promoção do contacto físico dos pais com o RN, da vinculação e das competências parentais, garantindo o maior rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, centradas nas necessidades do RNP e sua Família, desde a sua admissão até à alta.

O momento da alta constitui-se como uma fase importante para os pais dos RNP, habitualmente caracterizada por dúvidas e inseguranças. A partir desse momento, os pais sabem que ficarão com a totalidade da responsabilidade de tomar conta do seu filho e de exercerem o seu papel parental. Deste modo, conferir autonomia aos pais nos cuidados ao RNP durante o internamento é um imperativo para a redução da ansiedade, melhoria de autoconfiança e capacitação efetiva para o desempenho do papel parental, promovendo o seu empoderamento, preparando-os para a alta através da capacitação, num processo contínuo de educação para a saúde e bem-estar. Para a preparação adequada da família do RNP para a alta, importa recorrer à melhor evidência disponível de forma a implementar as melhores práticas relativamente às estratégias facilitadoras deste processo.

Assim, desenvolveu-se um projeto de implementação com os seguintes objetivos:

- Determinar o cumprimento atual dos critérios informados pela evidência relativamente à facilitação da preparação da família do RNP para a alta;
- Identificar barreiras e facilitadores para alcançar o cumprimento e desenvolver estratégias para facilitar a preparação da família do RNP para a alta;
- Melhorar os conhecimentos relativos às melhores práticas para facilitar a preparação da família do RNP para a alta;
- Melhorar o cumprimento de critérios informados pela evidência relativamente à facilitação da preparação da família do RNP para a alta;
- Melhorar os ganhos em conhecimentos e capacidades dos pais dos RNP.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação da evidência encontra-se a ser desenvolvido na unidade de Neonatologia A - UCI da ULS Coimbra. O projeto sustenta-se no *JBI Evidence Implementation framework* (Porritt et al., 2020).

Este projeto foi estruturado em três etapas, distribuídas por 7 fases: pré planeamento (identificação da área da prática para a mudança; envolvimento dos agentes de mudança; e avaliação do contexto e da prontidão para a mudança); auditoria de *baseline* e planeamento da implementação das estratégias (auditoria de *baseline* e implementação de estratégias); avaliação do impacto e sustentabilidade (auditoria de *follow-up* e consideração da sustentabilidade).

Pré-planeamento

Esta fase decorreu de março a abril de 2022. A facilitação da preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta foi a área de melhoria selecionada por elementos da equipa. Foi estabelecida uma equipa para o projeto (oito enfermeiros) e foi avaliado o contexto e a prontidão para a mudança com a realização de reuniões entre equipa e envolvimento da gestão.

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

Esta fase encontra-se a decorrer desde abril de 2022. Foi realizada uma auditoria inicial com base nos critérios informados pela melhor evidência disponível. Os critérios foram baseados no Sumário de Evidência do JBI “*Discharge of Pre-Term Infants: Facilitating Family’s Readiness: a best practice implementation Project*” (Magtoto, 2021), sendo os seguintes:

1. O planeamento da alta começa no momento de admissão;
2. São identificados pelo menos dois membros da família (ou prestadores de cuidados) que estarão envolvidos nos cuidados do recém-nascido prematuro;
3. Os pais são encorajados a participar nos cuidados do seu filho enquanto este estiver no hospital;
4. Uma avaliação formal da prontidão da família deve ser conduzida antes da alta. Pode ser benéfica uma lista de verificação adaptada às necessidades de cada criança e sua família;
5. As famílias recebem formação pré-alta personalizada que inclui múltiplos formatos (escrito, verbal e prático) que sejam específicos para as necessidades da criança e da família; sempre que possível, a partir de uma equipa multidisciplinar;
6. As famílias podem contactar os profissionais de saúde sempre que necessário;
7. Fica agendada com as famílias aquando da alta, uma consulta de enfermagem não presencial a realizar pelo menos nas 72 h após a alta hospitalar;
8. Há um enfermeiro designado para preparar a alta do RNP na unidade de cuidados intensivos neonatais.

A amostra da auditoria de *baseline* foi constituída por 20 recém-nascidos prematuros e suas famílias da unidade de Neonatologia. Consideraram-se excluídos recém-nascidos acima das 37 semanas e os recém-nascidos com internamentos inferiores a 7 dias. A colheita de dados foi realizada através da análise retrospectiva dos registos de enfermagem (análise de processos respeitantes ao segundo semestre de 2021). Cada indicador foi avaliado em “Sim”, “Não”, ou “Não aplicável” (de acordo com operacionalização de critérios).

Os critérios de auditoria, a amostra a incluir, o método de avaliação da conformidade e a sua operacionalização são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Recomendações baseadas na evidência e critérios de avaliação

Critério De Auditoria	Método para medir a conformidade	Guia De Auditoria
1. O planeamento da alta começa no momento de admissão. (Grade A)	No processo clínico: registos de enfermagem	<p>- O auditor marca um "Sim" se existe registo nas notas gerais no processo de enfermagem, nas primeiras 48h, de: explicação a pelo menos um membro da família sobre a situação de saúde do RNP; informação a pelo menos um membro da família sobre desenvolvimento e comportamento do RNP; de ensinamentos e/ou disponibilização de informações sobre a importância da interação da família com o RNP; e de ensinamentos e/ou disponibilização de informações sobre as condições organizacionais e hoteleiras da unidade para os pais</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não existe registo nas notas gerais no processo de enfermagem, nas primeiras 48h, de: explicação a pelo menos um membro da família sobre a situação de saúde do RNP; informação a pelo menos um membro da família sobre desenvolvimento e comportamento do RNP; de ensinamentos e/ou disponibilização de informações sobre a importância da interação da família com o RNP; e de ensinamentos e/ou disponibilização de informações sobre as condições organizacionais e hoteleiras da unidade para os pais</p>
2. São identificados pelo menos dois membros da família (ou prestadores de cuidados) que estarão envolvidos nos cuidados do recém-nascido prematuro. (Grade A)	No processo clínico: registos de enfermagem	<p>- O auditor marca um "Sim" se, nas primeiras 72h de internamento do RNP, houver registo na avaliação inicial de que pelo menos dois membros da família estarão envolvidos nos cuidados do RNP</p> <p>- O auditor marca um "Não" se, nas primeiras 72h, não houver registo na avaliação inicial de que pelo menos dois membros da família estarão envolvidos nos cuidados do RNP</p>
3. Os pais são encorajados a participar nos cuidados do seu filho enquanto estiver no hospital. (Grade A)	No processo clínico: registos de enfermagem	<p>- O auditor marca um "Sim" se existe registo de pelo menos uma das intervenções de enfermagem: 3A/3B/3C/3D/3E/3F/3G/3H</p> <p>Operacionalização para "sim":</p> <p>3 - Considera-se cumprido este critério se existe registo de pelo menos uma das intervenções de enfermagem: 3A/3B/3C/3D/3E/3F/3G/3H</p> <p>3A - Promover a vinculação (executar método canguru; mostrar álbuns de RNP; levar o RNP junto da mãe)</p> <p>3B - Incentivar a amamentação</p> <p>3C - Incentivar a comunicação expressiva de vinculação</p> <p>3D - Reforçar envolvimento dos pais</p> <p>3E - Incentivar papel parental durante a hospitalização (dar oportunidade para pegar ao colo no RN; facilitar a participação nos cuidados ao RNP; elogiar a participação)</p> <p>3F - Incentivar o envolvimento dos pais</p> <p>3G - Informar sobre o papel parental</p> <p>3H - Incentivar papel parental</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não existe registo de pelo menos uma das intervenções de enfermagem: 3A/3B/3C/3D/3E/3F/3G/3H</p>

<p>04. Uma avaliação formal da prontidão da família deve ser conduzida antes da alta. Pode ser benéfica uma lista de verificação adaptada às necessidades de cada criança e sua família. (Grade A)</p>	<p>No processo clínico: registros de enfermagem</p>	<p>- O auditor marca um "Sim" se se verifica o preenchimento de um instrumento para a avaliação formal da prontidão da família para a alta nos moldes estabelecidos no critério</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não se verifica o preenchimento de um instrumento para a avaliação formal da prontidão da família para a alta nos moldes estabelecidos no critério</p>
<p>5. As famílias recebem formação pré-alta personalizada que inclui múltiplos formatos (escrito, verbal e prático) que sejam específicos para as necessidades da criança e da família; sempre que possível, a partir de uma equipa multidisciplinar. (Grade A)</p>	<p>No processo clínico: registros de enfermagem</p>	<p>- O auditor marca um "Sim" se existe registo da realização de intervenções de ensinar, instruir e treinar no foco de Papel Parental, em todos os diagnósticos com juízo de não demonstrado 5A/5B/5C/5D/5E/5F/5G/5H/5I/5J/5K/5L/5M</p> <p>5A. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5B. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5C. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar a capacidade para tomar conta do regime medicamentoso do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5D. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre a alimentação do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5E. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar capacidades para tomar conta da alimentação do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5F. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar conhecimentos sobre eliminação do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5G. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar capacidades para tomar conta da eliminação do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5H. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar capacidades para tomar conta da higiene do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5I. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar capacidades para tomar conta tomar conta do posicionamento do RN / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5J. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar conhecimentos sobre prevenção de acidentes / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5K. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar conhecimentos sobre prevenção de aspiração / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5L. Existe registo de instrução e treino no diagnóstico Potencial para melhorar capacidades para tomar conta tomar conta da prevenção de aspiração / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>5M. Existe registo de ensinos no diagnóstico Potencial para melhorar conhecimentos sobre prevenção de maceração / Papel Parental Não Adequado...</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não existe registo da realização de intervenções de ensinar, instruir e treinar no foco de Papel Parental, em todos os diagnósticos com juízo de não demonstrado 5A/5B/5C/5D/5E/5F/5G/5H/5I/5J/5K/5L/5M</p>

<p>6. As famílias podem contactar os profissionais de saúde sempre que necessário. (Grade B)</p>	<p>Questionário aos pais e registos de enfermagem</p>	<p>- O auditor marca um "Sim" se os pais responderam que lhes foi assegurada a possibilidade de contactarem com a unidade após a alta do RNP</p> <p>- O auditor marca um "Não" se os pais responderam que não lhes foi assegurada a possibilidade de contactarem com a unidade após a alta do RNP</p>
<p>7. Fica agendada com as famílias aquando da alta, uma consulta de enfermagem não presencial a realizar pelo menos nas 72h após a alta hospitalar.</p>	<p>No processo clínico: registos de enfermagem</p>	<p>- O auditor marca um "Sim" se existe registo de videochamada/telefonema e registo na nota de alta de solicitação de visita domiciliária ao RNP e sua família após a alta hospitalar</p> <p>7 - Considera-se cumprido este critério se existe registo de 7A+7B:</p> <p>7A. Existe registo de videochamada/telefonema de um enfermeiro aos pais após a alta hospitalar</p> <p>7B. Existe registo na nota de alta de solicitação de visita domiciliária ao RNP e sua família após a alta hospitalar</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não existe registo de videochamada/telefonema e registo na nota de alta de solicitação de visita domiciliária ao RNP e sua família após a alta hospitalar</p>
<p>8. Há um enfermeiro designado para preparar a alta do RNP na unidade de cuidados intensivos neonatais. (Grade B)</p>	<p>No processo clínico: registos de enfermagem</p>	<p>- O auditor marca um "Sim" se existe identificação de um enfermeiro (enfermeiro de referência/gestor de caso) para preparar a alta do RNP na unidade de cuidados intensivos neonatais.</p> <p>- O auditor marca um "Não" se não existe identificação de um enfermeiro (enfermeiro de referência/gestor de caso) para preparar a alta do RNP na unidade de cuidados intensivos neonatais.</p>

Nesta fase foram apresentados os resultados da auditoria de *baseline* à equipa de enfermagem, a qual possibilitou um momento de reflexão, bem como o planeamento das estratégias a implementar para lidar com a não conformidade encontrada na auditoria de inicial (informada pela estrutura JBI GRiP). Foi possível também identificar as barreiras e as estratégias para as colmatar, através de atividades reflexivas no seio da equipa. Trata-se pertinente reportar que, relativamente ao critério 8, após discussão em equipa de enfermagem sobre o método de enfermeiro de referência/gestor de caso, este critério não se demonstrou consensual do ponto de vista da sua exequibilidade pelas especificidades do contexto da UCI, tendo sido necessário proceder à sua exclusão. Foram realizadas reuniões do grupo de trabalho e com o Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE). Foram projetadas e desenvolvidas todas as estratégias a implementar, por forma a responder à não conformidade encontrada na auditoria de *baseline*.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

Nesta fase será realizada uma auditoria de *follow-up* para avaliar os resultados das intervenções implementadas, visando a melhoria das práticas, e identificar questões futuras a serem tratadas em auditorias subsequentes. Os critérios e o processo de recolha de dados serão similares aos da auditoria inicial. Em caso de necessidade, será alargado o período da colheita de dados, se não for atingida a amostra necessária no período estipulado.

Para a sustentabilidade, após a análise dos resultados da auditoria de *follow-up*, outras auditorias continuarão a ser realizadas para identificar áreas de mudança.

RESULTADOS

Auditoria de baseline

O projeto envolve uma equipa composta por oito enfermeiros. A equipa completa foi definida em abril de 2022.

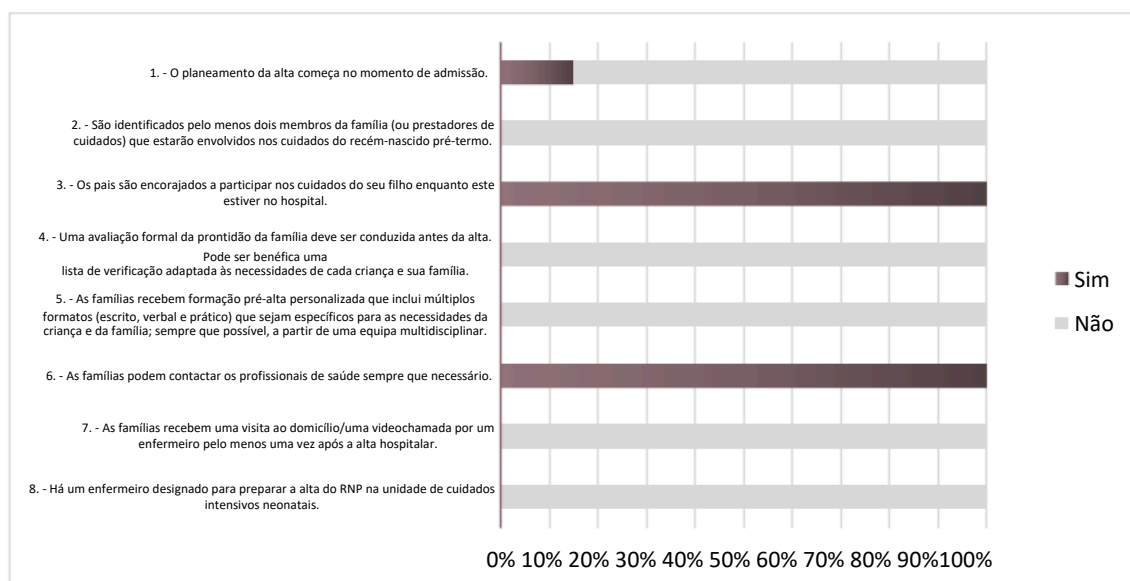
Através da auditoria de *baseline*, tendo por base a amostra e método utilizado, verificou-se a seguinte taxa de cumprimento dos critérios:

1. O planeamento da alta começa no momento de admissão (15%);
2. São identificados pelo menos dois membros da família (ou prestadores de cuidados) que estarão envolvidos nos cuidados do RNP (0%);
3. Os pais são encorajados a participar nos cuidados do seu filho enquanto este estiver no hospital (100%);
4. Uma avaliação formal da prontidão da família deve ser conduzida antes da alta, idealmente seguindo uma lista de verificação (0%);
5. As famílias recebem formação pré-alta personalizada que inclui múltiplos formatos que sejam específicos para as necessidades da criança e da família; sempre que possível, a partir de uma equipa multidisciplinar (0%);
6. As famílias podem contactar os profissionais de saúde sempre que necessário (100%);
7. Fica agendada com as famílias aquando da alta, uma consulta de enfermagem não presencial a realizar pelo menos nas 72 h após a alta hospitalar (0%).
8. Há um enfermeiro designado para preparar a alta do RNP na unidade de cuidados intensivos neonatais (0%).

Na Figura 1, encontram-se os resultados descritos.

Figura 1

Resultados Auditoria de baseline



Barreiras e estratégias

Com o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, procurou-se identificar as barreiras responsáveis pela lacuna entre as práticas encontradas na auditoria de *baseline* e as melhores evidências, assim como os facilitadores para alcançar o cumprimento dos critérios de facilitação da preparação das famílias de recém-nascidos prematuros para a alta. Em equipa, foram concebidas várias estratégias:

- Elaboração de um Procedimento Específico Facilitação da Preparação da Família do Recém-Nascido Prematuro para a Alta;
- Procedimento Específico Consulta de Enfermagem Pós-Alta;
- Estrutura de dados que permita a colheita de informação para a consecução do projeto na área do Papel Parental e Ligação Pais-Filho, em colaboração com o GASIDE;
- *Ebook Neo To Home: Um Guia de Orientação para Pais e Cuidadores de Bebés na Alta da Neonatologia A - UCI.*
- Planeamento da formação à equipa: está prevista a realização da mesma, abordando as diferentes condições do papel parental, a apresentação dos procedimentos específicos e a organização da implementação das estratégias.

Os procedimentos específicos incluem diretrizes para o envolvimento e capacitação dos pais desde a admissão na unidade até ao acompanhamento pós-alta do RN e sua família, proporcionando suporte contínuo e orientações para os cuidados em casa. O *ebook Neo To Home* constituirá um recurso de informações e orientações práticas para as famílias durante a transição do recém-nascido da UCIN para casa. Por forma a garantir um processo de cuidados consistente e abrangente da capacitação das famílias, torna-se imprescindível a definição do Padrão Documental na UCIN, concretamente para Papel Parental e Ligação Pais-Filho, em colaboração com o GASIDE.

Contudo, no processo de elaboração e início da implementação destas estratégias, várias barreiras têm desafiado o sucesso do projeto. Uma das principais barreiras encontradas foi a ausência de um sistema de informação eletrónico para documentação do processo de enfermagem. A falta de um sistema informático parametrizado adequado prejudica a documentação do processo de cuidados de enfermagem e, inequivocamente, a garantia de uma sistematização de cuidados. No entanto, apesar dos desafios organizacionais que impediram a implementação do padrão documental informatizado em tempo útil, encontra-se atualmente em apreciação no GASIDE, a construção de uma estrutura de dados em suporte papel nos domínios do Papel Parental e Ligação Pais-Filho, facilitadora da colheita de informação e consecução do projeto.

Identificámos ainda dificuldades na realização da consulta de enfermagem não presencial. Para ultrapassar este desafio, foi necessário repensar a abordagem da continuidade de cuidados de enfermagem no pós-alta, perspetivando-se a necessidade de constituir redes de colaboração com vários profissionais, nomeadamente da gestão hospitalar para garantir a sua exequibilidade. Para dar consecução a esta estratégia, encontramos-nos em fase de planeamento e estabelecimento de contactos.

CONCLUSÃO

Com o presente projeto, especificamente através da auditoria de *baseline*, identificaram-se áreas da prática clínica com necessidade de melhoria no âmbito da facilitação da preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta. Dos diferentes critérios avaliados, destaca-se a necessidade de investimento/implementação de estratégias relacionadas com os seguintes: o planeamento da alta começa no momento de admissão; são identificados pelo menos dois membros da família (ou prestadores de cuidados) que estarão envolvidos nos cuidados do RNP; uma avaliação formal da prontidão da família deve ser conduzida antes da alta, idealmente seguindo uma lista de verificação; as famílias recebem formação pré-alta personalizada que inclui múltiplos formatos que sejam específicos para as necessidades da criança e da família; sempre que possível, a partir de uma equipa multidisciplinar; fica agendada com as famílias aquando da alta, uma consulta de enfermagem não presencial a realizar pelo menos nas 72h após a alta hospitalar.

Barreiras no seio da equipa, associadas aos resultados obtidos na auditoria de *baseline*, e desafios organizacionais foram encontrados no decurso deste projeto de implementação. No entanto, é importante reconhecer os progressos alcançados até à data, perspetivando-se que através de um envolvimento ativo de toda a equipa de saúde, gestores e grupos institucionais de suporte (nomeadamente, o GASIDE), as estratégias sejam implementadas e uma melhoria dos cuidados de enfermagem neste domínio se verifique.

O sucesso deste projeto dependerá do nosso compromisso, da nossa capacidade de superar os desafios encontrados e de garantir a sustentabilidade das melhorias alcançadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coughlin, M. E. (2016). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company.
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(1), S5-S8. <https://www.nature.com/articles/jp2015142>
- Ferraz, L., & Fernandes, A. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas Demográficas – 2020*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lee, L. A., Carter, M., Stevenson, S. B., & Harrison, H. A. (2014). Improving family-centered care practices in the NICU. *Neonatal Network*, 33(3), 125-132. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.33.3.125>
- Magtoto, L. (2021). *Evidence Summary: Premature Infants (Discharge) - Family Readiness Facilitation*. The JBI EBP Database. JBI-ES-3337-3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Sousa, P. (2013). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto: Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Weiss, S., Goldlust, E., & Vaucher, Y. E. (2010). Improving parent satisfaction: an intervention to increase neonatal parent-provider communication. *Journal of Perinatology*, 30(6), 425-430. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.163>.
- Wigert, H., Dellenmark Blom, M., & Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC pediatrics*, 14(1), 1-8. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-014-0304-5>

5. REDUÇÃO DO MEDO E DA ANSIEDADE EM CRIANÇAS DOS 5 AOS 10 ANOS DE IDADE SUBMETIDAS A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUM SERVIÇO DE IMAGEM MÉDICA

Helena Tavares^{1,2}

Ana Perdigão³

¹Serviço de Imagem Médica, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnFC

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A realização de exames complementares de diagnóstico não invasivos, tais como Ressonância Magnética (RM), pode muitas vezes ser difícil para as crianças, dada a necessidade de estas se manterem imóveis por períodos relativamente longos, num espaço fechado, não familiar e muito ruidoso. Apesar de existir literatura que apoia e suporta os benefícios da utilização de estratégias não farmacológicas (para redução da ansiedade e medo em crianças hospitalizadas) a sua aplicação na prática clínica não tem acompanhado este conhecimento e poucas intervenções estão a ter impacto na saúde pública (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2017).

A preparação prévia da criança, recorrendo a simulação, ludoterapia, sistema de recompensa/reforço positivo, permite que esta se familiarize com o procedimento, esclareça dúvidas, equívocos, ideias preconcebidas e aprenda estratégias de *coping* (Amorim e Silva et al., 2006). Neste estudo de Amorim e Silva et al. (2006), os pais referem que as crianças foram capazes de generalizar o sentimento de mestria que experienciaram nesta preparação para a RM e as estratégias de *coping* para outras situações no hospital. Crianças que necessitam de múltiplos exames evitaram os múltiplos procedimentos anestésicos associados. Além disso, as crianças que ainda assim necessitaram de anestesia beneficiaram também desta prática, diminuindo a lista de espera.

A utilização de estratégias não farmacológicas como a comunicação terapêutica, a distração e a música ajudam as crianças a ficarem mais calmas, reduzindo o medo e a ansiedade associado ao procedimento. Os profissionais de saúde que lidam com estas crianças podem implementar estas práticas para reduzir a ansiedade e o medo, aumentando a satisfação da criança e família e reduzindo a necessidade de sedação (Flattley & Widdowfield, 2019).

Procedimentos comuns utilizados para avaliar e tratar os doentes podem causar níveis significativos de angústia e sofrimento, muito particularmente nas crianças. A RM é um procedimento não invasivo e indolor capaz de fornecer imagens de alta qualidade de praticamente todas as áreas do corpo, sem recorrer à utilização de radiação ionizante, tornando-se por isso um recurso de eleição sobretudo a nível da neurorradiologia (Carter et al., 2010). No entanto, existe um número considerável de crianças que, devido aos níveis de ansiedade, apenas são capazes de realizar este exame com recurso a anestesia/sedação.

Esta ansiedade resulta maioritariamente do medo, do ruído do aparelho, da sua própria forma cilíndrica, fechada, da separação dos pais e da necessidade de permanecerem completamente imóveis por longos períodos de tempo (Lemaire et al., 2009).

O tempo que uma criança permanece na RM quando é necessário recorrer à anestesia/sedação é sensivelmente o dobro do tempo que é utilizado para a realização deste exame quando a criança está acordada e colabora nos procedimentos e os custos financeiros associados com medicamentos, pessoal e equipamento são duas a nove vezes superiores, o que compromete as listas /espera para além da introdução de custos adicionais (Jaime et al, 2017).

Vários estudos (Durant et al., 2015; Munn & Jordan, 2013; Harned, 2001; Viggiano et al., 2015; Barnea-Goraly et al., 2014) mostraram já a possibilidade e efetividade da utilização de várias estratégias não farmacológicas para diminuir a ansiedade e o uso de anestesia. Este projeto de implementação teve como objetivo contribuir para a promoção da prática baseada na evidência na utilização de estratégias não farmacológicas em crianças submetidas a RM. Mais especificamente:

- Determinar a conformidade atual com o critério de evidência em relação à utilização de estratégias não farmacológicas para diminuir o medo, ansiedade e necessidade de anestesia em crianças dos 5 aos 10 anos submetidas a RM;
- Identificar barreiras e facilitadores para melhorar a conformidade e desenvolver estratégias para abordar áreas de não conformidade;
- Melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para reduzir o medo e ansiedade em crianças dos 5-10 anos;
- Avaliar mudanças na conformidade com as recomendações da prática baseada na evidência após implementação de estratégias para abordar barreiras identificadas e potencializar os facilitadores identificados na utilização de estratégias não farmacológicas;
- Melhorar resultados relativamente à utilização de estratégias não farmacológicas para redução de medo e ansiedade e necessidade de anestesia.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação da evidência seguiu a estrutura de implementação da evidência do JBI e o instrumento de auditoria e feedback (GRiP). Esta abordagem é fundada no processo de auditoria e feedback, em conjunto com uma abordagem estruturada e sistematizada para a identificação e gestão de barreiras à conformidade com as práticas clínicas recomendadas.

Este projeto envolveu três etapas de atividade: Pré-planeamento, Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação e Avaliação do impacto e sustentabilidade.

Pré-planeamento

Este projeto encontra-se a ser desenvolvido no Serviço de Imagem Médica do Hospital Pediátrico, da Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Nesta fase foi estabelecida uma equipa do projeto, que incluiu: duas coordenadoras (a enfermeira responsável pela equipa de enfermagem do serviço e uma docente da ESEnfC), três enfermeiras da equipa do serviço, duas técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica (a coordenadora e a diretora) e um neurorradiologista.

Para determinar os níveis atuais de conformidade com as melhores recomendações para a prática, este projeto utilizou um critério de auditoria baseado no seguinte sumário de evidência do JBI: “*Diagnostic or Therapeutic Procedures (Children): Distraction Techniques*” (Porrit, 2021).

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

A auditoria de *baseline* decorreu no período de 07/02/2022 a 05/05/2022. A amostra da auditoria de *baseline* foi de 40 crianças, com idades compreendidas entre 5 e 10 anos, submetidas ao procedimento RM. Na tabela 1 apresenta-se o critério de auditoria, a amostra utilizada e os métodos usados para medir a *compliance* com a melhor prática. Os resultados foram obtidos através da observação das práticas de enfermagem durante a prestação de cuidados às crianças da amostra, fazendo consulta dos registos efetuados sobre as estratégias implementadas e o resultado obtido (conseguiu ou não realizar o procedimento sem necessidade de anestesia), complementados por informação obtida nas entrevistas realizadas às enfermeiras sobre a conduta adotada nas crianças da amostra, nomeadamente se utilizou ou não estratégias não farmacológicas, que estratégias utilizou, o porquê da escolha e os constrangimentos ou aspetos facilitadores no processo.

Tabela 1

Critério de auditoria, Amostra e Métodos usados para medir a *compliance* com a melhor prática

Critério de auditoria (JBI)	Amostra	Métodos usados para medir a <i>compliance</i> com a melhor prática
As crianças são envolvidas em estratégias não farmacológicas adequadas à idade, para redução do medo e da ansiedade antes da realização do exame de diagnóstico.	40 crianças entre os 5-10 anos de idade com pedido de RM sob anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> • Observação • Consulta retrospectiva de registos em papel • Entrevista às enfermeiras.

Posteriormente, em maio e junho de 2022, os resultados da auditoria de *baseline* foram analisados com recurso ao software JBI PACES. Estes resultados foram apresentados à equipa multidisciplinar e também no 2º PEDCARE SUMMIT HP-CHUC, 1º PEDCARE IBÉRICO em 1, 2 e 3 de junho de 2022.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

Será realizada uma auditoria de *follow-up* para avaliar os resultados das estratégias implementadas e identificar áreas de melhoria. O critério de auditoria e o processo de recolha de dados serão similares aos da auditoria de *baseline*.

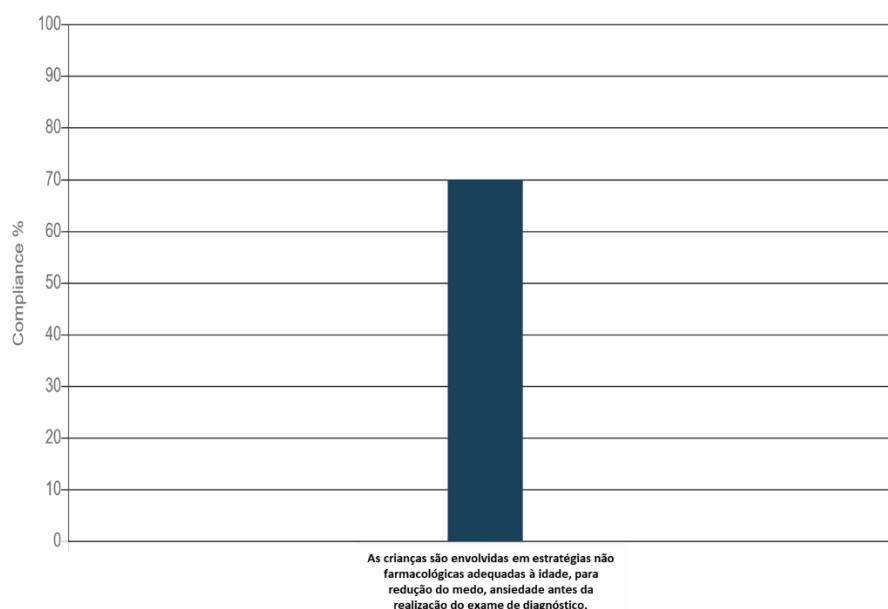
RESULTADOS

Auditoria de baseline

Os resultados obtidos na auditoria de *baseline* revelaram 70% de *compliance* com o critério de auditoria, significando que 28 das 40 crianças da amostra usufruíram de estratégias não farmacológicas, como se visualiza na figura 1.

Figura 1

Resultados da auditoria de baseline



Em 75% das crianças que usufruíram de estratégias não farmacológicas, não foi necessário o recurso a anestesia, significando que das 28 crianças em que foram utilizadas estratégias não farmacológicas adequadas à idade, 21 colaboraram na realização do exame não tendo sido necessário recurso ao procedimento anestésico.

Analisando de uma forma crítica estes resultados pode concluir-se que existe uma prática comum entre as enfermeiras do serviço, que está orientada para a maximização da qualidade dos cuidados e à satisfação das crianças e famílias. Existe conhecimento e sensibilidade para a questão, quer da minimização de procedimentos invasivos, quer da diminuição da permanência em contexto hospitalar e das mais valias da utilização de estratégias não farmacológicas. Constata-se que, apesar de existirem várias barreiras, todos os esforços são no sentido de capacitar as crianças para realizar RM sem recurso a anestesia. O resultado de 70% que foi obtido na auditoria de baseline, não resulta de uma prática consistente e formalizada, sendo maioritariamente resultado de uma tentativa de acordo com os restantes elementos da equipa de prestação de cuidados, com base em fundamentação teórica e estratégias de negociação para lhes transmitir que esta prática aumenta a qualidade de cuidados em várias dimensões. A não existência de um procedimento específico do serviço não facilita este processo, limitando a eficiência e exigindo da equipa de enfermagem um esforço constante no sentido de obter diariamente e em cada oportunidade a possibilidade de implementar esta prática.

Barreiras e estratégias

Após a apresentação dos resultados à equipa foram identificadas as barreiras, estratégias e os recursos para melhorar a *compliance*, através da ferramenta GRiP, Tabela 2.

Tabela 2

Barreiras, estratégias e recursos

Barreira	Estratégia	Recursos
1. Inexistência de protocolo para implementação de boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de protocolo de implementação de estratégias não farmacológicas 	
2. Falta de conhecimento sobre estratégias não farmacológicas em crianças.	<ul style="list-style-type: none"> Ações de formação sobre estratégias não farmacológicas 	
3. Falta de um instrumento de avaliação de satisfação e ansiedade para a criança e a família.	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da satisfação da criança e da família Desenvolvimento de um instrumento para avaliar ansiedade da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacote de sessões de formação sobre estratégias não farmacológicas em crianças dos 5 aos 10 anos Protocolo de Implementação
4. Falta de tempo para executar estratégias.	<ul style="list-style-type: none"> Antecipar a chegada da criança e família em 30' antes da hora da realização da RM. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de satisfação da criança e da família
5. Falta de envolvimento de outros profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> Sessões de sensibilização para a equipa multidisciplinar sobre estratégias não farmacológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento de avaliação da ansiedade na criança. Programa de treino de competências
6. Cultura organizacional: Trabalho em equipa; liderança; canais de comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> Reuniões com todos os <i>stakeholders</i> na implementação de boas práticas (equipa multidisciplinar). Desenvolvimento e implementação de programa de treino sobre estratégias não farmacológicas. 	
7. Falta de capacitação dos enfermeiros em técnicas não farmacológicas para redução do stress e ansiedade.	<ul style="list-style-type: none"> Envolvimento do GADSIE para criação de Consulta de Enfermagem – Imagem Médica HP 	
8. Falta de sistema informatizado de informação e documentação em enfermagem		

O desenvolvimento e implementação das estratégias desenhadas encontra-se ainda numa fase incipiente/inicial, facto que se prende com constrangimentos relativos à organização do serviço.

CONCLUSÃO

É nosso objetivo, logo que estejam formalmente reunidas as condições para tal, implementar este projeto, para prosseguirmos para a auditoria de *follow-up* e consequente disseminação dos resultados.

Salienta-se que apesar deste projeto não estar plenamente implementado, as crianças que se incluem nos critérios da amostra têm usufruído de estratégias não farmacológicas adequadas à sua idade (previamente e durante a realização do exame). São exemplos: o estabelecimento de relação de confiança com a criança e pais; a simulação com modelo; a visualização de filme e a musicoterapia; bem como a presença dos pais. Esta atitude tem resultado num menor número de crianças anestesiadas o que várias vezes permite a realização de exames extraprograma.

A sustentabilidade deste projeto está intimamente relacionada com a sensibilização de toda a equipa de cuidados envolvida, com a criação de um procedimento institucional sobre utilização de estratégias não farmacológicas nas crianças a serem submetidas a RM, bem como a criação de uma Consulta de Enfermagem que possibilite o planeamento e documentação dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim e Silva, C. J., Mackenzie, A., Hallowell, L. M., Stewart, S. E., & Ditchfield, M. R. (2006). Practice MRI: reducing the need for sedation and general anaesthesia in children undergoing MRI. *Australasian radiology*, *50*(4), 319–323. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1673.2006.01590.x>
- Barnea-Goraly, N., Weinzimer, S. A., Ruedy, K. J., Mauras, N., Beck, R. W., Marzelli, M. J., Mazaika, P. K., Aye, T., White, N. H., Tsalikian, E., Fox, L., Kollman, C., Cheng, P., Reiss, A. L., & Diabetes Research in Children Network (DirecNet) (2014). High success rates of sedation-free brain MRI scanning in young children using simple subject preparation protocols with and without a commercial mock scanner--the Diabetes Research in Children Network (DirecNet) experience. *Pediatric radiology*, *44*(2), 181–186. <https://doi.org/10.1007/s00247-013-2798-7>
- Carter, A. J., Greer, M. L., Gray, S. E., & Ware, R. S. (2010). Mock MRI: reducing the need for anaesthesia in children. *Pediatric radiology*, *40*(8), 1368–1374. <https://doi.org/10.1007/s00247-010-1554-5>
- Castro, M. da C. (2020). A influência da comunicação na adesão das crianças à Ressonância Magnética sem anestesia [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Coelho, B. M. (1970). *Controle da ansiedade infantil por meios farmacológicos e não farmacológicos: Uma revisão de literatura*. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/55770>
- Durand, D. J., Young, M., Nagy, P., Tekes, A., & Huisman, T. A. (2015). Mandatory Child Life Consultation and Its Impact on Pediatric MRI Workflow in an Academic Medical Center. *Journal of the American College of Radiology*, *12*(6), 594–598. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.12.015>
- Flattley, R., & Widdowfield, M. (2021). Evaluation of distraction techniques for patients aged 4–10 years undergoing magnetic resonance imaging examinations. *Radiography*, *27*(1), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.06.001>
- Harned, R. K., 2nd, & Strain, J. D. (2001). MRI-compatible audio/visual system: impact on pediatric sedation. *Pediatric radiology*, *31*(4), 247–250. <https://doi.org/10.1007/s002470100426>
- Jaimes, C., Murcia, D. J., Miguel, K., DeFuria, C., Sagar, P., & Gee, M. S. (2017). Identification of quality improvement areas in pediatric MRI from analysis of patient safety reports. *Pediatric Radiology*, *48*(1), 66–73. <https://doi.org/10.1007/s00247-017-3989-4>
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, *27*(6), 652–681. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Leeman, J., Birken, S. A., Powell, B. J., Rohweder, C., & Shea, C. M. (2017). Beyond “implementation strategies”: classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implementation Science*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0657-x.2/>
- Lemaire, C., Moran, G. R., & Swan, H. (2009). Impact of audio/visual systems on pediatric sedation in magnetic resonance imaging. *Journal of magnetic resonance imaging*, *30*(3), 649–655. <https://doi.org/10.1002/jmri.21870>
- Mastro, K. A., Flynn, L., Millar, T. F., DiMartino, T. M., Ryan, S. M., & Stein, M. H. (2019). Reducing anesthesia use for pediatric magnetic resonance imaging: The effects of a patient- and family-centered intervention on image quality, health-care costs, and operational efficiency. *Journal of Radiology Nursing*, *38*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2018.12.003>
- Munn, Z., & Jordan, Z. (2013). Interventions to reduce anxiety, distress, and the need for sedation in pediatric patients undergoing magnetic resonance imaging: A systematic review. *Journal of Radiology Nursing*, *32*(2), 87–96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242179/>
- Perez, M., Cuscaden, C., Somers, J. F., Simms, N., Shaheed, S., Kehoe, L. A., Holowka, S. A., Aziza, A. A., Shroff, M. M., & Greer, M. L. C. (2019). Easing anxiety in preparation for pediatric magnetic resonance imaging: a pilot study using animal-assisted therapy. *Pediatric Radiology*, *49*(8), 1000–1009. <https://doi.org/10.1007/s00247-019-04407-3>

- Porrit, K. (2021). Evidence Summary: Diagnostic or Therapeutic Procedures (Children): Distraction Techniques. The JBI EBP Database. JBI-ES-4930-2.
- Trottier, E. D., Doré-Bergeron, M. J., Chauvin-Kimoff, L., Baerg, K., & Ali, S. (2019). Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatrics & Child Health*, 24(8), 509–521. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz026>.
- Viggiano, M. P., Giganti, F., Rossi, A., di Feo, D., Vagnoli, L., Calcagno, G., & Defilippi, C. (2015). Impact of Psychological Interventions on Reducing Anxiety, Fear and the Need for Sedation in Children Undergoing Magnetic Resonance Imaging. *Pediatric Reports*, 7(1), 5682. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5682>.
- Yamada, K., Suzuki, Y., Ueki, S., Itoh, K., Watanabe, M., Suzuki, K., & Igarashi, H. (2020). Participant-driven Simulation Protocol With a Mock Scanner for Pediatric Magnetic Resonance Neuroimaging Preparation Without Sedation. *Clinical Simulation in Nursing*, 47, 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.07.002>.

6. PREVENÇÃO E GESTÃO DA MUCOSITE ORAL NOS DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS

Sílvia Reis¹

Margarida Silva¹

Ana Batista¹

Luís Sousa¹

Jacinta Manata^{2,3}

Diana Santos^{2,4}

António Marques^{2,5}

¹Serviço de Hematologia Clínica, Unidade A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnFC

³Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁴Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A mucosite oral afeta entre 40% a 76% dos doentes oncológicos (Silva, 2018; Volpato et al., 2007). No que respeita aos doentes hemato-oncológicos, Razmara e Khayamzadeh (2019) referem que a mucosite oral ocorre em 20 a 40% dos doentes que realizam quimioterapia convencional, e Hong et al. (2019), destacam a sua ocorrência em 90% dos doentes com leucemia aguda a realizar quimioterapia de indução. No caso dos doentes submetidos a quimioterapia de alta dose para transplante de células-tronco hematopoiéticas, esta percentagem pode atingir os 100% (Hong et al., 2019). Assim, a mucosite oral constitui-se um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com grande impacto no bem-estar físico e psicológico da pessoa doente. Entre as manifestações da mucosite destacam-se o desconforto ou dor, as feridas na mucosa oral, as alterações na deglutição e na comunicação. A mucosite oral pode comprometer o estado nutricional e a autoimagem da pessoa, ou até a continuidade dos tratamentos. Em alguns casos pode, também, dar origem a proliferação bacteriana, fúngica ou vírica, e evoluir para uma infeção a nível sistémico. Frequentemente, estas consequências contribuem para o aumento dos dias de internamento, bem como da morbilidade e da mortalidade, traduzindo-se em maiores custos em saúde e diminuição da qualidade de vida da pessoa com cancro e dos seus familiares (Huskinson & Lloyd, 2009; Lalla et al., 2014; Sieracki et al., 2009; Volpato et al., 2007).

Num hospital central do norte do Irão, Alizadeh et al. (2022) desenvolveram um estudo na prevenção e gestão da mucosite oral em doentes com cancro, utilizando como metodologia a auditoria das práticas dos enfermeiros tendo por base nove critérios definidos pelo JBI, bem como o ensino e o treino dos enfermeiros e dos doentes. Os resultados obtidos evidenciaram uma melhoria das práticas destes profissionais e uma redução significativa da incidência da mucosite oral.

Huang et al. (2020) realizaram um estudo semelhante, num hospital chinês, envolvendo doentes com patologia hemato-oncológica, verificou-se uma melhoria da educação e do treino dos enfermeiros e dos doentes no que respeita aos cuidados de higiene oral. O estudo demonstrou que o uso de uma variedade de estratégias, como um programa de treino eficaz e a utilização de múltiplos materiais educacionais para a aprendizagem autodirigida dos enfermeiros, aliadas a uma boa comunicação e liderança, facilitou a implementação das melhores evidências na prática clínica para prevenir e tratar a mucosite oral em doentes submetidos a quimioterapia. Além disto, também o desenvolvimento de uma lista de verificação baseada em evidências para auditorias regulares mostrou ter efetividade.

Em Portugal, Silva (2018) realizou um estudo num Serviço de Oncologia Médica, em que verificou que o desenvolvimento e a implementação de um processo formativo com o intuito de melhorar a realização de práticas cientificamente aceites na prevenção e gestão da mucosite oral, teve um impacto positivo nessas mesmas práticas, uma vez que aumentou a importância atribuída pelos enfermeiros a esta problemática, e promoveu um maior envolvimento da equipa na sua abordagem. A autora encontrou alguns fatores que influenciaram estes resultados, nomeadamente: as práticas dos enfermeiros (conhecimentos e competências técnicas), o perfil dos doentes (com hábitos tabágicos, com hábitos alcoólicos, a realizar tratamentos com alto risco de mucosite, e com hábitos de higiene oral deficitários) e a organização do serviço (complexidade e especificidade de um serviço de oncologia, disponibilização de materiais para a higiene oral, comunicação na equipa, parametrização do sistema de informação, documentação de apoio ao doente).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), na procura permanente da excelência no exercício profissional, compete aos enfermeiros a prevenção de complicações ou, quando tal não é possível, a minimização do seu impacto. Neste sentido, considera-se que os enfermeiros têm um papel fundamental para reduzir e/ou minimizar as consequências inicialmente descritas, através de ensinamentos sobre higiene oral, mas também sobre inspeção da cavidade oral, comunicação de sintomas e adequação da alimentação; assumindo, ainda, um papel crucial na substituição do doente quando este não tem capacidade para desenvolver devidamente estas ações.

Não obstante, e tal como apresentado no *JB I Evidence Summary (Whitehom & Ombech, 2021)*, esta deve ser uma preocupação multidisciplinar. De acordo com estas linhas orientadoras das melhores práticas na prevenção e gestão da mucosite oral, é necessário envolver outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e nutricionistas, no desenvolvimento de um plano de tratamento personalizado, considerando as necessidades individuais, os cuidados bucais anteriores, a doença e os fatores de risco.

Assim, este estudo surgiu na sequência da preocupação dos investigadores e dos enfermeiros do Serviço de Hematologia A da ULS Coimbra, relativamente à problemática da mucosite oral, como uma das principais complicações associadas aos tratamentos de quimioterapia, mas também pela perceção da necessidade de atualização das práticas e pela escassa expressão do foco ao nível da documentação de enfermagem.

Foi utilizada a metodologia do JBI para implementação da melhor evidência, com auditorias para análise da conformidade aos critérios.

O objetivo geral estabelecido para este projeto de implementação de evidências foi aumentar a conformidade entre as práticas dos enfermeiros do serviço de Hematologia A da Unidade Local de Saúde de Coimbra e as melhores práticas na prevenção e gestão da mucosite oral em adultos a realizar quimioterapia. Além deste, estabeleceram-se como objetivos específicos:

- Definir a conformidade atual para os critérios de boas práticas na prevenção e gestão da mucosite oral;
- Identificar barreiras e facilitadores na prevenção e gestão da mucosite oral;
- Contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre as boas práticas relativas à prevenção e gestão da mucosite oral dos doentes hemato-oncológicos a realizar quimioterapia;
- Melhorar a conformidade com os critérios de boas práticas de prevenção e gestão da mucosite oral dos doentes hemato-oncológicos a realizar quimioterapia;
- Capacitar os doentes para a prevenção e gestão da mucosite oral.

Espera-se que o uso da melhor evidência contribua para a prevenção e redução da incidência da mucosite oral na pessoa com doença hematológica submetida a tratamento de quimioterapia.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação de evidência utilizou a estrutura *JBI Evidence Implementation Framework* (Porrirt et al., 2020), recorrendo-se à *JBI Practical Application of Clinical Evidence System* (JBI-PACES) e à *Getting Research into Practice* (GRiP) como ferramentas de auditoria e *feedback*. Esta metodologia envolve três etapas (sete fases):

- Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3): identificação da área da prática para a mudança; estabelecimento da equipa do projeto com envolvimento dos agentes de mudança;
- Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação de estratégias (fases 4 e 5):
 - Realização de uma auditoria de *baseline*, com base em critérios informados pela evidência;
 - Análise e discussão dos resultados da auditoria, e conceção de estratégias para melhorar a conformidade com as melhores práticas no âmbito da prevenção e gestão da mucosite oral;
 - Implementação das estratégias previamente definidas para a mudança na prática clínica, envolvendo toda a equipa multidisciplinar;
- Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7): realização de uma auditoria de *follow-up* para avaliar os resultados das intervenções implementadas para melhorar a prática e identificar futuras questões práticas a serem abordadas em auditorias subsequentes.

Pré-planeamento

A primeira fase do projeto decorreu entre maio e junho de 2023 tendo sido envolvidos os agentes de mudança: enfermeiro gestor com funções de direção com formação em implementação da evidência, o enfermeiro gestor do serviço de Hematologia A e os restantes elementos da equipa do projeto, nomeadamente as enfermeiras coordenadoras do projeto e as enfermeiras facilitadoras do contexto e responsáveis pela implementação da mudança.

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

Entre julho e outubro de 2023 procedeu-se à realização da auditoria de *baseline*. Os critérios de auditoria utilizados basearam-se no resumo de evidência "*Oral mucositis: prevention and management principles*" (Whitehorn & Ombech, 2021), tal como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Critérios de auditoria, amostra e método para medir a conformidade e guia de auditoria

Critério de auditoria	Amostra e método para medir a conformidade	Guia de auditoria
As pessoas são ensinadas sobre a mucosite oral antes do início da terapêutica oncológica.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": Existe registo de ensinios à pessoa sobre mucosite oral antes do início da terapêutica oncológica. - "Não": Não existe registo de ensinios à pessoa sobre mucosite oral antes do início da terapêutica oncológica.
As pessoas que recebem tratamento oncológico são aconselhadas a comunicar quaisquer alterações ou sintomas na cavidade oral ao seu profissional de saúde, a manter uma boa higiene oral através de protocolos de cuidados orais normalizados, a manterem-se hidratados e a evitarem estímulos dolorosos.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": Existe registo de ensinios à pessoa sobre comunicação de sintomas de mucosite, higiene oral, hidratação oral e o evitar de estímulos dolorosos. - "Não": Não existe registo de ensinios à pessoa sobre comunicação de sintomas de mucosite, higiene oral, hidratação oral e o evitar de estímulos dolorosos.
Todas as pessoas que recebem tratamento oncológico devem ser avaliadas quanto à desnutrição utilizando um instrumento normalizado.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": Existe registo da avaliação da pessoa quanto à desnutrição com instrumento normalizado. - "Não": Não existe registo da avaliação da pessoa quanto à desnutrição com instrumento normalizado.
As pessoas desnutridas são encaminhadas para um nutricionista.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": Existe registo do encaminhamento da pessoa com desnutrição. - "Não": Não existe registo do encaminhamento da pessoa com desnutrição.
As pessoas com mucosite oral recebem tratamento com base no grau da lesão da mucosa oral.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": Existe registo do tratamento da mucosite segundo o grau de lesão oral. - "Não": Não existe registo do tratamento da mucosite segundo o grau de lesão oral.
A equipa multidisciplinar está envolvida no tratamento da mucosite oral.	n = 30. Consulta dos processos no sistema de informação em enfermagem – SClínico.	- "Sim": existe registo de intervenção interdisciplinar (enfermeiro, médico e nutricionista) para o tratamento da mucosite oral. - "Não": não existe registo de intervenção interdisciplinar (enfermeiro, médico e nutricionista) para o tratamento da mucosite oral.

No período de novembro de 2023 e março de 2024, foram analisados os resultados da auditoria *baseline* e apresentados à equipa de enfermagem em dois momentos formativos. Posteriormente, foi solicitado a cada um dos enfermeiros, através de um questionário online com questões abertas, a identificação de barreiras e de estratégias facilitadoras para melhorar a conformidade entre as práticas atuais e as informadas pela evidência.

Após ter sido definido um conjunto de estratégias iniciou-se, em abril, a sua implementação, que deverá prolongar-se até dezembro de 2024, para consolidação das melhores práticas.

Em janeiro de 2025 iniciar-se-á uma nova fase do projeto, realizando-se uma auditoria de *follow-up* de forma a avaliar a melhoria alcançada. A auditoria de *follow-up* seguirá a mesma metodologia que a auditoria de *baseline*, com os mesmos critérios.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

De modo a assegurar a sustentabilidade do projeto, as auditorias de *follow-up* continuarão a ser realizadas para identificar áreas de melhoria/mudança: para uma conformidade <50%, irá ser realizada uma auditoria a cada três meses; para uma conformidade de 50-80%, a cada 6 meses; e para uma conformidade de 80-100%, após 12 meses.

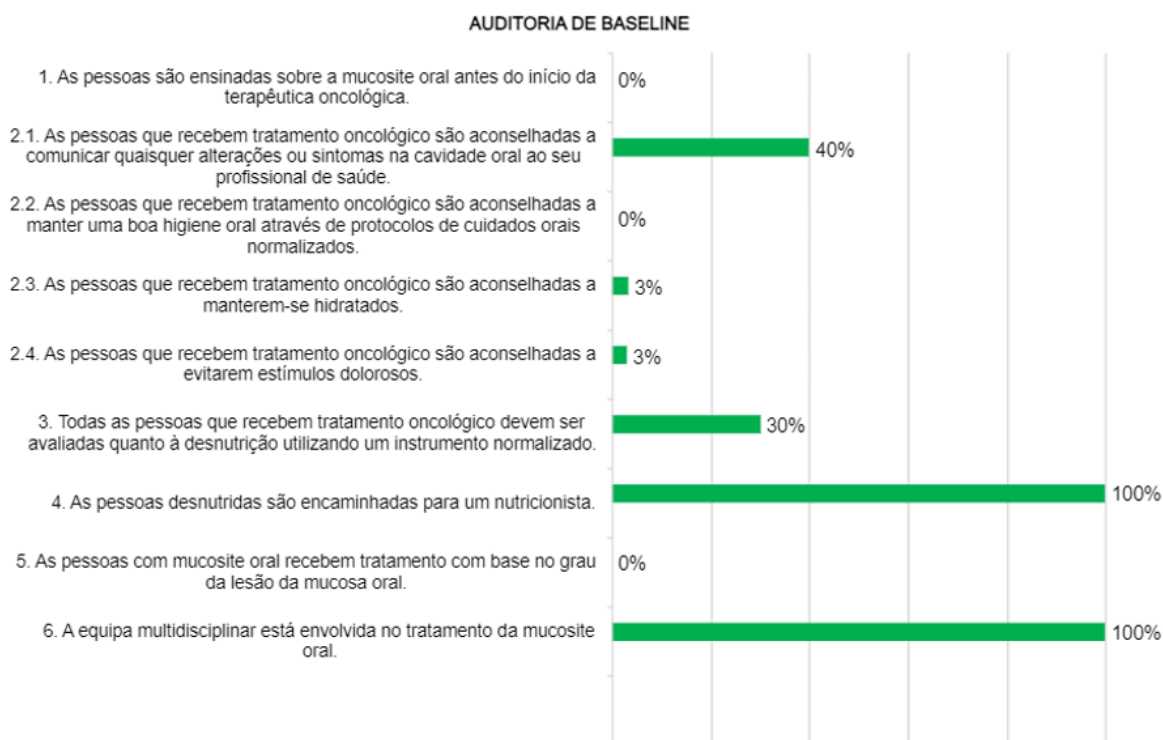
RESULTADOS

Auditoria de baseline

Na figura 1, apresentam-se os resultados obtidos na auditoria de *baseline*.

Figura 1

Resultados da auditoria de baseline



É possível analisar que apenas os critérios 4 e 6 apresentam uma conformidade de 100%, ou seja, verificou-se que em todos os doentes cujo processo foi alvo de auditoria e que estavam desnutridos, houve um encaminhamento para a nutricionista. Simultaneamente, a equipa multidisciplinar esteve sempre envolvida no tratamento da mucosite oral. Por outro lado, verificou-se que os critérios 1, 2.2 e 5 não apresentam conformidade com as melhores práticas, e que os critérios 2.3 e 2.4 apresentam uma taxa de conformidade muito reduzida, o que sugere uma necessidade de se investir na formação dos profissionais e na educação dos doentes no âmbito da prevenção e gestão da mucosite oral.

Barreiras e estratégias

Os resultados foram apresentados à equipa de enfermagem e discutidos entre a mesma, o que levou à identificação de algumas barreiras à mudança.

As barreiras identificadas pelos enfermeiros da equipa foram:

- Défice de conhecimentos sobre mucosite oral, escalas de avaliação, intervenções de prevenção e gestão;
- Défice de conhecimentos relativamente à documentação, sobretudo, onde alocar a informação nos sistemas de informação;
- Dificuldades no Sistema de Informação de Enfermagem, pois a escala de avaliação que consta não se encontrar adequada;
- Inexistência de um protocolo de prevenção e gestão da mucosite oral no serviço;
- Dificuldades na organização dos cuidados: na priorização das intervenções interdependentes em detrimento das autónomas, uma incorreta gestão do tempo e, ainda, a rotatividade/mobilidade da equipa de enfermagem nos últimos anos.

Os enfermeiros sugeriram algumas estratégias, considerando a auscultação realizada aos demais profissionais, delineou-se um conjunto de estratégias a implementar, designadamente:

- Formação da equipa de enfermagem abordando a problemática da mucosite oral (em que consiste, porque surge e como avaliar); a importância da higiene oral e a forma correta de a realizar, bem como outros cuidados para prevenção e gestão da mucosite oral;
- Elaboração de um folheto sobre higiene oral e outros cuidados com a boca para prevenção e gestão da mucosite oral;
- Guia de apoio à documentação (desenvolvimento de um quadro orientador e de um fluxograma) e sensibilização da equipa para a importância da mesma;
- Cocriação multidisciplinar de um protocolo de prevenção e gestão da mucosite oral;
- Acompanhamento e apoio à equipa de enfermagem na realização da documentação e no cumprimento do protocolo.

CONCLUSÃO

A implementação da melhor evidência científica disponível no âmbito da prevenção e gestão da mucosite oral, pode traduzir-se em benefícios para as pessoas com doença hemato-oncológica e suas famílias, para os profissionais e para as instituições de saúde. Com o desenvolvimento deste projeto, desde a fase inicial, passando pela análise e discussão, surgiram algumas estratégias que se consideram ser exequíveis, adequadas e determinantes para o contexto. Contando com um envolvimento ativo de toda a equipa multidisciplinar, espera-se que, à medida que estas estratégias forem sendo colocadas em prática, se vá alcançado uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados com impacto significativo para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huang, T.J., Mu, P.F., Chen, M.-B., & Florczak, K. (2020). Prevention and treatment of oral mucositis among cancer patients in the hematology–oncology setting. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 18(4), 420–430. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000238>
- Huskinson, W., & Lloyd, H. (2009). Oral health in hospitalized patients: assessment and hygiene. *Nursing Standard*, 23(36), 43-47. <https://doi.org/10.7748/ns2009.05.23.36.43.c6969>
- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., McGuire, D. B., Migliorati, C., Nicolatou-Galitis, O., Peterson, D. E., Raber-Durlacher, J. E., Sonis, S. T., & Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120(10), 1453–1461. <https://doi.org/10.1002/cncr.28592>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). *JB I Manual for Evidence Implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Razmara, F., & Khayamzadeh, M. (2019). An Investigation into the Prevalence and Treatment of Oral Mucositis After Cancer Treatment. *International Journal of Cancer Management*, 12(11). <https://doi.org/10.5812/ijcm.88405>
- Sieracki R., Voelz L., Johannik T., Kopaczewski D., & Hubert K. (2009). Development and implementation of an oral care protocol for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 718-22. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.718-722>
- Silva, J. (2018). A mucosite oral na pessoa com cancro: intervenção de enfermagem [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=I54jzbkA>
- Volpato, L., Silva, T., Oliveira, T., Sakai, V., & Machado, M. (2007). Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Revista Brasileira De Otorrinolaringologia*, 73(4), 562–568. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000400017>
- Whitehom, A., & Ombech, E. (2021). *Evidence summary. Oral mucositis: Prevention and management principles*. The JBI EBP Database. JBI-ES-2786-3.

7. GESTÃO DO RUÍDO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CIRÚRGICOS INTERMÉDIOS

Diana Santos^{1,2}

Paula Oliveira¹

Sónia Almeida¹

John Ogundiran³

James Ogundiran³

Fernando Neto Sousa¹

António Marques^{2,4}

¹Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnC

³Universidade de Coimbra, ADAI, Department of Mechanical Engineering, Coimbra, Portugal

⁴Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

O ruído ambiental excessivo pode ter impacto no ser humano em diferentes domínios, nomeadamente ao nível da saúde aumentando o risco de hipertensão, alterações do sono e audição, défices cognitivos e problemas de saúde mental (World Health Organization, WHO, 2022).

No âmbito da saúde, especificamente, nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), o ambiente complexo de trabalho com tecnologia avançada, bem como as atividades exigidas nestes ambientes de cuidados produzem ruído excessivo, culminando em impacto negativo para o doente, profissionais de saúde e familiares/visitantes (Darbyshire et al., 2019). O ruído dificulta a comunicação e afeta negativamente o sono/repouso e a recuperação das pessoas, originando também stress e cansaço nos profissionais de saúde (Darbyshire et al., 2019).

A WHO recomenda que os níveis de ruído se baseiem em níveis inferiores a 40 dB (Berglund et al., 1999), no entanto, nestas unidades os níveis de ruído encontram-se maioritariamente desajustados (Darbyshire et al., 2019; Simons et al., 2018). De forma a controlar os níveis de ruído em contexto de cuidados intensivos, a evidência científica refere as seguintes recomendações: formação/treino dos profissionais de saúde sobre os níveis de ruído adequados, sobre as estratégias de redução de ruído, incluindo mudanças comportamentais (por exemplo, como moderar o tom de voz) (Delaney et al., 2019; Vreman et al., 2023); as visitas devem ser informadas sobre os níveis de ruído apropriados (Whitehorn et al., 2022); uma combinação de estratégias de redução de ruído deve ser utilizada, incluindo a gestão do ruído ambiental (alarmes, televisão, telefone, conversas), a utilização de lembretes (cartazes) e a reorganização da atividade/estrutura (Marin & Valdez, 2023; Vreman et al., 2023); dado o impacto do ruído ambiental no sono dos doentes, o padrão de sono destes deverá estar adequadamente documentado (Delaney et al., 2019; Macfarlane et al., 2019). A nível nacional, o Ministério da Saúde (s.d.), na Carta dos direitos do doente internado, refere que a tranquilidade do doente deve ser garantida e todos os possíveis incómodos reduzidos.

Na Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios (UCCI), dos Hospitais da Universidade de Coimbra, da Unidade Local de Saúde de Coimbra, o ruído foi uma problemática identificada pela equipa de enfermagem, devido à gestão e estrutura ambiental diurna e noturna, ao contributo dos alarmes para despiste de situações urgentes, à elevada rotatividade de doentes (admissões e transferências), ao número de chamadas telefónicas recebidas, à gestão das visitas, às alterações existentes no sono/repouso dos doentes internados. Sendo a UCCI uma unidade equiparada a uma unidade de cuidados intensivos (Nível 2) (Intensive Care Society, 2021), a evidência desses contextos foi considerada transferível para este contexto. Para dar resposta a esta necessidade emergente de melhoria de práticas, encontra-se a ser realizado um projeto de implementação da melhor evidência, segundo a abordagem do *JBI Evidence Implementation Framework* (Porritt et al., 2020).

Este projeto tem como objetivo geral melhorar a conformidade das práticas dos enfermeiros da UCCI com a melhor evidência disponível no âmbito da gestão do ruído neste contexto de cuidados, e com os seguintes objetivos específicos: determinar a conformidade das práticas dos enfermeiros da UCCI com a melhor evidência disponível no âmbito da gestão do ruído; identificar as barreiras e os facilitadores para melhorar a conformidade e desenvolver e implementar estratégias; avaliar a conformidade das práticas dos enfermeiros da UCCI com a melhor evidência disponível no âmbito da gestão do ruído após a implementação das estratégias de melhoria.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de implementação da melhor evidência científica, segundo o *JBI Evidence Implementation Framework* (Porritt et al., 2020), estruturado em três etapas (sete fases): pré-planeamento (identificação da área da prática para a mudança; envolvimento dos agentes de mudança; e avaliação do contexto e da prontidão para a mudança); auditoria de *baseline* e planeamento da implementação das estratégias (auditoria de *baseline*, segundo os critérios de auditoria, incluindo métodos e tamanhos da amostra; implementação de estratégias para a mudança na prática clínica); avaliação do impacto e sustentabilidade (reavaliação da prática, através da auditoria de *follow-up*; e consideração da sustentabilidade).

Pré-planeamento

A gestão do ruído na UCCI foi a área de enfoque selecionada para o desenvolvimento do presente projeto de implementação. Esta problemática foi identificada pela equipa de enfermagem, tendo por base a sua perceção sobre o impacto do ruído no contexto (tanto relacionado com o impacto do mesmo nos doentes como no desempenho das suas funções).

Esta fase decorreu entre maio e dezembro de 2023, tendo sido envolvidos os agentes de mudança (enfermeiro gestor em funções de direção com formação em implementação da evidência, o enfermeiro gestor da UCCI e os restantes elementos da equipa – facilitadores do contexto e responsáveis pela implementação da mudança). Este processo de envolvimento foi desenvolvido através de reuniões com os diferentes implicados, permitindo constituir a equipa, avaliar o contexto e a prontidão para a mudança (nomeadamente reconhecer possíveis barreiras que poderiam ter impacto no desenrolar deste projeto).

Nesta fase não foram encontrados sumários de evidência e critérios de auditoria desenvolvidos pelo JBI no âmbito da gestão do ruído numa UCCI. Assim, foi realizada uma pesquisa sistematizada de literatura e *guidelines* nesta área, que permitiu a construção dos critérios de auditoria. Após a formulação destes critérios em equipa, os mesmos foram analisados através de um painel de peritos. Este painel foi constituído por enfermeiros com formação em implementação da evidência; peritos de metodologias de investigação e enfermeiros com experiência clínica em contextos de cuidados intensivos, especificamente: um enfermeiro gestor em funções de direção com formação em implementação da evidência e com experiência em projetos na área do ruído; um enfermeiro gestor doutor em gestão; uma enfermeira gestora de uma Unidade de Cuidados Intensivos; um professor doutor em enfermagem; uma enfermeira com experiência em cuidados intensivos e em projetos na área do ruído. Todos os participantes apresentaram 100% de concordância (avaliado através de Escala de Likert) com os critérios de auditoria desenvolvidos. Para além disso, sugeriram alterações na forma de redação dos critérios e um dos peritos sugeriu a integração de outro critério (no âmbito da avaliação satisfação dos doentes internados na UCCI).

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

De forma a dar resposta ao objetivo específico: determinar a conformidade das práticas dos enfermeiros da UCCI com a melhor evidência disponível no âmbito da gestão do ruído, a auditoria de *baseline* foi realizada de janeiro a abril de 2024.

Na Tabela 1 apresentam-se os critérios de auditoria, a amostra utilizada e o método utilizado para avaliar a conformidade com a melhor prática recomendada.

Tabela 1

Critérios de auditoria, amostra e método

Critério de auditoria	Amostra	Método utilizado para avaliar a conformidade
1. Os profissionais de saúde receberam formação/treino sobre os níveis de ruído adequados, estratégias de redução de ruído, incluindo mudanças comportamentais (exemplo, como moderar o tom de voz).	Todos os enfermeiros da UCCI.	Método: Questionário online. "Sim": Referem ter formação/treino sobre os níveis de ruído adequados, estratégias de redução de ruído, incluindo mudanças comportamentais. "Não": Não referem ter formação/treino sobre os níveis de ruído adequados, estratégias de redução de ruído, incluindo mudanças comportamentais.
2. As visitas receberam informação sobre os níveis de ruído apropriados.	30 observações.	Método: Observação dos enfermeiros aquando da receção às visitas. "Sim": O enfermeiro informa as visitas sobre os níveis de ruído apropriados (tom de voz, utilização restrita do telemóvel e outros aparelhos). "Não": O enfermeiro não informa as visitas sobre os níveis de ruído apropriados (tom de voz, utilização restrita do telemóvel e outros aparelhos).

3. A gestão do ruído pelos profissionais tem em conta a combinação de estratégias diversificadas: a gestão do ruído ambiental (alarmes, televisão, telefone, conversas), lembretes (cartazes) e a reorganização da atividade/estrutura:		
3.1. Gestão ambiental: gestão do ruído dos alarmes	30 Observações (15 na primeira hora após a passagem de turno; 15 imediatamente após a admissão de cada doente)	Método: Observação dos enfermeiros na primeira hora após a passagem de turno e imediatamente após a admissão de um doente. "Sim": No início de cada turno ou aquando da admissão dos doentes, o enfermeiro revê os alarmes e adequa se necessário. "Não": No início de cada turno ou aquando da admissão dos doentes, o enfermeiro não revê os alarmes ou não adequa se necessário.
3.2. Gestão ambiental: gestão do ruído da televisão	30 Observações.	Método: Observação do ambiente na hora da passagem de turno, às 8h, 14h30 e 22h30. "Sim": Televisão desligada ou sem som. "Não": Televisão ligada ou com som desadequado.
3.3. Gestão ambiental: gestão das chamadas telefónicas	Observação de 30 chamadas.	Método: Observação dos enfermeiros. "Sim": Tempo de resposta a atender o telefone, inferior a 4 toques, resolve a situação, tom de voz adequado; "Não": Não atende ou atende ao 4º toque, tom de voz desadequado ou solicita para ligar mais tarde.
3.4. Gestão ambiental: gestão das conversas	Observação de 30 conversas (10 de manhã, 10 à tarde, 10 à noite).	Método: Observação dos enfermeiros. "Sim": Local da conversa, número de intervenientes e tom de voz adequado. "Não": Local da conversa, número de intervenientes ou tom de voz desadequado.
3.5. Gestão ambiental: cartazes	1 Observação do contexto.	Método: Observação do contexto. "Sim": Existência de cartazes. "Não": Inexistência de cartazes.
3.6. Gestão ambiental: reorganização da atividade no período diurno/noturno.	Reorganização da atividade 30 planos (10 manhãs, 10 tardes e 10 noites)	Método: Avaliação da documentação dos cuidados (através de juízo clínico). "Sim": Agrupamento de intervenções passíveis de serem agrupadas. "Não": Desagrupamento de intervenções passíveis de serem agrupadas.
3.7. Gestão ambiental: reorganização da estrutura no período diurno/noturno.	Estrutura física 30 observações do contexto.	Método: Observações do contexto às 8h, 14h30 e 22h30. E outras horas do dia: 10h e 22h. "Sim": Portas todas fechadas. "Não": Qualquer uma das portas abertas.

4 - Os níveis de ruído baseiam-se nos níveis inferiores a 40 dB (recomendação da Organização Mundial da Saúde). *	Avaliação do nível de ruído, durante uma semana.	Método: Avaliação do nível de ruído, durante uma semana (através de dosímetro).
5. O padrão de sono dos doentes está adequadamente documentado.	30 doentes.	Método: Observação / avaliação dos doentes durante o período noturno e análise dos sistemas de documentação. "Sim": Sono não comprometido, não está documentado; Sono comprometido está documentado (em foco/diagnóstico ou notas gerais). "Não": Sono comprometido não está documentado (em foco/diagnóstico ou notas gerais).
6. Os doentes estão satisfeitos com as condições de ruído no seu espaço envolvente.	30 doentes.	Método: Questão aos doentes aquando do momento da alta da unidade. "Sim": O doente refere encontrar-se satisfeito com as condições de ruído diurno e noturno. "Não": O doente refere não se encontrar satisfeito com as condições de ruído diurno ou noturno.

*Destaca-se que a avaliação do ruído (critério 4) teve colaboração da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

De forma a identificar as barreiras e os facilitadores para melhorar a conformidade, desenvolver e implementar estratégias, foram apresentados os resultados à equipa dividida por três momentos distintos durante o mês de abril de 2024. O planeamento, desenvolvimento e implementação das estratégias irá decorrer entre abril de 2024 e agosto de 2024.

Avaliação do impacto e sustentabilidade

Para avaliação do impacto da mudança, será reavaliada a conformidade das práticas dos enfermeiros da UCCI com a melhor evidência disponível no âmbito da gestão do ruído após a implementação das estratégias, através de uma auditoria de *follow-up* em setembro de 2024. A auditoria de *follow-up* seguirá a mesma metodologia que a auditoria de *baseline*.

Para a sustentabilidade da implementação, outras auditorias continuarão a ser realizadas para identificar áreas de mudança: para uma conformidade <50%, irá ser realizada uma auditoria a cada três meses; para uma conformidade de 50-80%, a cada 6 meses; e para uma conformidade de 80-100%, após 12 meses.

RESULTADOS

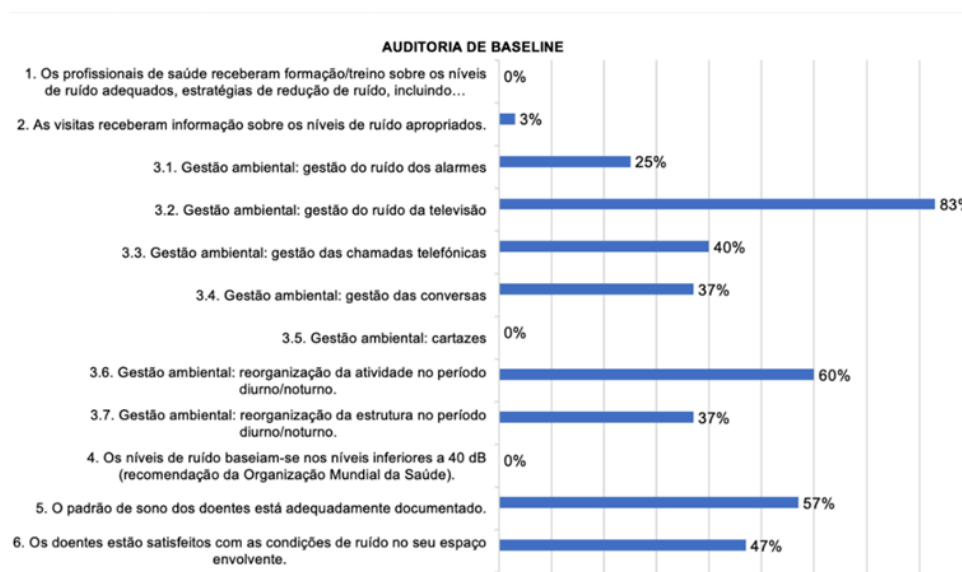
Considerando a fase em que se encontra o projeto de implementação, os resultados foram estruturados em: resultados da auditoria de *baseline*, barreiras identificadas, estratégias a implementar e recursos a utilizar.

Auditoria de *baseline*

Na Figura 1 encontram-se os resultados da auditoria de *baseline*.

Figura 1

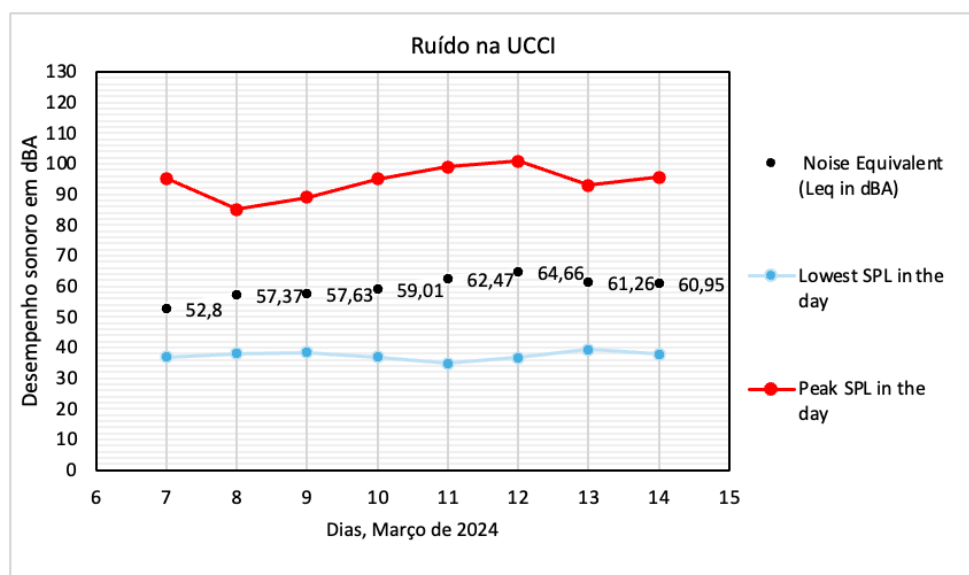
Resultados da auditoria de *baseline*



Na Figura 2 encontra-se a avaliação do ruído na UCCI que decorreu do dia 7 ao dia 14 de março de 2024, dando resposta à avaliação do critério 4 (Os níveis de ruído baseiam-se nos níveis inferiores a 40 dB (recomendação da Organização Mundial da Saúde). Verifica-se, pela análise do gráfico, que a média de exposição (*Noise Equivalent*) ao ruído ao longo das 24 horas foi sempre superior a 40 dB, assim como é possível visualizar os picos máximos (100,9 – dia 12 de março) e mínimos (34,9 dB – dia 11 de março) atingidos.

Figura 2

Avaliação do ruído



Barreiras e estratégias

Ao longo das fases já desenvolvidas e através da apresentação dos resultados da auditoria de *baseline* à equipa de enfermagem da UCCI, na qual foi possível refletir sobre as barreiras, foram identificadas as seguintes: falta de conhecimento/formação no âmbito da gestão do ruído; falta de consciencialização da equipa de saúde; estrutura física da UCCI (*open space*); projeto apenas focado nos enfermeiros; subdocumentação sobre o sono e repouso das pessoas internadas.

Perante os resultados da auditoria de *baseline* e as barreiras identificadas, estão em planeamento as seguintes estratégias de melhoria: formação no âmbito da gestão do ruído (possivelmente através da colaboração com o serviço de saúde ocupacional); formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem (realizada em colaboração com os elos do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem); atividades contínuas de sensibilização sobre a documentação dos cuidados de enfermagem; atividades de consciencialização sobre os níveis de ruído adequados (fixação de cartaz sobre o ruído; presenciais através de troca de informação entre membros da equipa; lembretes através de pop ups nos computadores; lembretes através de grupo criado para o efeito no *WhatsApp*); possível reorganização da estrutura da UCCI (será solicitado ao serviço de saúde ocupacional uma avaliação da unidade); desenvolvimento de um procedimento normalizado para a gestão do ruído; desenvolvimento de um panfleto para consciencialização das visitas.

Por forma a colmatar a barreira identificada: projeto apenas focado nos enfermeiros, perspetiva-se envolver a equipa multiprofissional/multidisciplinar, através da apresentação do projeto aos assistentes operacionais e à equipa médica, e ao planeamento de estratégias numa visão de cocriação multiprofissional.

CONCLUSÃO

Com este projeto, nomeadamente através da auditoria de *baseline*, verificou-se que a gestão do ruído é uma problemática evidente na UCCI. Com o desenvolvimento do projeto até à data, através da participação e reflexão da equipa (de enfermagem), identificaram-se diferentes barreiras tanto ao nível estrutural e organizacional como na prática profissional dos enfermeiros. Com a implementação das estratégias mencionadas, espera-se uma melhoria no âmbito da gestão do ruído na UCCI, bem como na documentação dos cuidados de enfermagem relacionados com o Foco de Atenção: Sono (dados de atividade diagnóstica e planeamento de intervenções de enfermagem), e no conhecimento e competências dos enfermeiros no âmbito da gestão do ruído. Perspetiva-se, também, que através de um envolvimento ativo da equipa multiprofissional se produzam resultados mais efetivos nesta área.

Espera-se ainda, uma vez que se trata do primeiro projeto de implementação da evidência neste contexto (não havendo historial de outros projetos no contexto, melhoria contínua da qualidade ou investigação), que este possa ser um contributo à motivação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de outros estudos/projetos. Assim, perspetiva-se que contribua não só para o investimento contínuo na formação profissional de cada um, mas também para a minimização da lacuna entre a criação de conhecimento e a implementação da evidência, e conseqüentemente para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem e da satisfação das pessoas cuidadas na UCCI e dos seus profissionais.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio do Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Coimbra - Núcleo da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

Os autores agradecem à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra pela colaboração. *J.O.O has a grant - UI/BD/152067/2021, under the FCT - IUDB/50022/2020 and IUDP/50022/2020 within the LAETA project; LA/P/0079/2020, DOI: 10.54499/LA/P/0079/2020 (<https://doi.org/10.54499/LA/P/0079/2020>).*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berglund, B., Lindvall, T., Schwela, D. H., & World Health Organization. (1999). *Guidelines for community noise*. <https://iris.who.int/handle/10665/66217>
- Darbyshire, J. L., Müller-Trapet, M., Cheer, J., Fazi, F. M., & Young, J. D. (2019). Mapping sources of noise in an intensive care unit. *Anaesthesia*, *74*(8), 1018–1025. <https://doi.org/10.1111/anae.14690>
- Delaney, L., Litton, E., & Van Haren, F. (2019). The effectiveness of noise interventions in the ICU. *Current opinion in anaesthesiology*, *32*(2), 144–149. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000708>
- Intensive Care Society. (2021). Levels of adult critical care (2nd ed.). <https://ics.ac.uk/>
- Macfarlane, M., Rajapakse, S., & Loughran, S. (2019). What prevents patients sleeping on an acute medical ward? An actigraphy and qualitative sleep study. *Sleep health*, *5*(6), 666–669. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.06.012>
- Marin, T, Valdez, F. (2023). *Evidence Summary. Perioperative Settings: Noise*. The JBI EBP Database. JBI-ES-66-3.
- Ministério da Saúde. (2023). *Carta dos direitos do doente internado*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Implementation*. <https://implementationmanual.jbi.global/>
- Simons, K. S., Verweij, E., Lemmens, P. M. C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J. P. C., Feijen, H. M., van der Steen, M. S., Kohlrausch, A. G., van den Boogaard, M., & de Jager, C. P. C. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: A multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care*, *22*(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2182-y>
- Vreman, J., Lemson, J., Lanting, C., van der Hoeven, J., & van den Boogaard, M. (2023). The effectiveness of the interventions to reduce sound levels in the ICU: A systematic review. *Critical Care Explorations*, *5*(4), e0885. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000885>
- Whitehorn, A, Fong, E. (2022). *Evidence Summary. Preterm and Low Birth Weight Neonates: Sound Reduction*. The JBI EBP Database. JBI-ES-2098-4.
- World Health Organization. (2022). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352844/WHO-HEP-ECH-EHD-22.01-eng.pdf?sequence=1>

8. AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

António Marques^{1,2}

Lina Oliveira³

Ana Raquel Silva³

Maria Leonor Marques³

Cármem Nogueira^{2,4}

Walter Silva³

Helena Laranjeira⁵

Susana Reis⁵

¹Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

³Serviço de Pneumologia, Unidade A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁴Unidade de Inovação e Desenvolvimento, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

⁵Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem, Unidade Local de Saúde Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa está associado ao aumento das doenças crónicas e incapacitantes como é exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), constituindo uma preocupação de organismos nacionais e internacionais e considerada uma área prioritária para os sistemas de saúde.

Segundo o Relatório *Health at a Glance* da OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - as doenças respiratórias foram uma das principais causas de morte representando 9% das mortes nos países da OCDE, sendo a DPOC responsável por 3% de todas as mortes (Kacholi & Anasel, 2023). Em Portugal a taxa de mortalidade por DPOC é de 27,6 mortes por cada 100 mil habitantes, abaixo da média europeia que é de 36,3 mortes por cada 100 mil habitantes no mesmo período de tempo (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

A complexidade de viver com doença crónica tem impacto significativo no domínio individual (físico, emocional e psicológico), mas também nos domínios familiar e social. As suas especificidades e a necessidade que a sua autogestão seja materializada no dia-a-dia transferem uma grande parte da responsabilidade do profissional para a pessoa e família implicando desenvolvimento da autonomia para a autogestão e o autocuidado (Sousa, 2018).

Segundo a evidência científica, cuidados centrados na pessoa, com o seu envolvimento no processo de tomada de decisão e gestão da doença, aproveitando o potencial da pessoa para cuidar de si própria, num processo colaborativo entre profissionais de saúde e utentes, são promotores de melhores resultados e ganhos em saúde (Coulter, 2015).

A melhor evidência científica disponível, de acordo com o Sumário de Evidência do JBI *“Chronic Disease: Self-Management Plan”* (Soumya, 2020), preconiza como recomendações de melhores práticas: *“staff dealing with persons with chronic conditions as their support contact should have training in the delivery of self-management strategies; patients with chronic conditions should be assessed for their capacity, support needs, lifestyle, social, and psychological factors in preparation for self-management planning; individuals with chronic conditions should receive education about their medical condition, how to monitor their signs and symptoms and medications; health care goals and action plans should be set in consultation with the patient’s preferences and documented clearly; health care providers should organize appropriate community referrals and coordinate services required by the patient to achieve their goals; regular reviews of progress and support to solve any encountered problems should be provided to assist with self-management”*.

A Unidade Local de Saúde de Coimbra, local onde decorreu o estudo, apresenta-se como uma Unidade de Saúde de referência para a região centro do país, e uma referência nacional em algumas áreas, e cuja missão é prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, ensinar e promover o conhecimento científico e inovação. A promoção e a realização de investigação e de projetos de implementação da melhor evidência científica está alinhada com a missão da instituição. A unidade de Internamento A do Serviço de Pneumologia, integrada no Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, tem uma capacidade de 25 camas e trabalha em plena articulação com a Consulta de Enfermagem de Pneumologia. No ano de 2022, o serviço de internamento deu resposta a 1438 doentes, sendo a demora média de internamento de 10,94 dias e a taxa de ocupação de 88,29%. A equipa de enfermagem é constituída por 26 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Gestora.

O desenvolvimento de um programa de melhoria das práticas de cuidados, de acordo com a melhor evidência científica disponível, com base no modelo do JBI, através de um processo de auditoria clínica, conceção e implementação de estratégias de melhoria das práticas e re-auditoria, torna-se fundamental de modo a melhorar a capacidade de autogestão dos doentes com DPOC, acompanhados nesta unidade.

METODOLOGIA

Este projeto de implementação da evidência utilizou o Sistema de Aplicação Prática de Evidências Clínicas do JBI (JBI PACES) e a ferramenta de auditoria e *feedback Getting Research into Practice* (GRiP). A estrutura JBI PACES e GRiP para promover cuidados de saúde baseados em evidências envolveu três etapas de atividade: Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3), Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação (fases 4 e 5) e Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7).

Pré-planeamento

O estudo desenvolveu-se na Unidade Local de Saúde de Coimbra, num hospital central e universitário português, no Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, na Unidade de Internamento A do Serviço de Pneumologia.

O projeto envolveu, além dos seus dois proponentes, a enfermeira gestora do serviço, três enfermeiros do internamento, bem como dois enfermeiros do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE). Os membros da equipa, o cargo, a organização e o papel figuram na Tabela 1. A equipa foi definida no período entre 1 e 30 de abril de 2023.

Tabela 1*Membros da equipa, cargo, organização e papel*

Membro equipa	Cargo	Organização	Função
Enfermeiro 1	Investigador e Enfermeiro gestor com funções de direção	Unidade Local de Saúde de Coimbra	Coordenação do projeto; Desenvolvimento/monitorização das auditorias; Formação; Análise de dados e elaboração de relatórios;
Enfermeiro 2	Investigadora e Enfermeira		Coordenação do projeto; Desenvolvimento/monitorização das auditorias; Formação; Análise de dados e elaboração de relatórios;
Enfermeiro 3	Enfermeira Gestora		Facilitador; Desenho de estratégias;
Enfermeiro 4	Enfermeira		Facilitador; Desenho de estratégias; Colheita de dados; Formação;
Enfermeiro 5	Enfermeira		Facilitador; Desenho de estratégias; Colheita de dados; Formação;
Enfermeiro 6	Enfermeira		Facilitador; Desenho de estratégias; Colheita de dados; Formação;
Enfermeiro 7	Enfermeira GASIDE		Facilitador; Desenho de estratégias; Colheita de dados; Formação;
Enfermeiro 8	Enfermeira GASIDE		Facilitador; Desenho de estratégias; Colheita de dados; Formação;

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

A auditoria de *baseline* desenvolveu-se entre maio e junho de 2023. O projeto e os critérios de auditoria sustentaram-se na melhor evidência disponível, designadamente no “*Chronic Disease: Self-Management Plan*” (Soumya, 2020). Os critérios de auditoria, a amostra incluída, o método de avaliação da conformidade e a sua operacionalização, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Critérios de auditoria, amostra e abordagem para a avaliação da conformidade com as melhores práticas

Critérios de auditoria	Amostra	Método usado para avaliar a percentagem de conformidade com as melhores práticas
i. Os profissionais de saúde são treinados para facilitar a autogestão e a mudança de comportamentos	<p>Auditoria <i>Baseline</i>:</p> <p>26 enfermeiros do internamento e Consulta de Pneumologia</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>:</p> <p>26 enfermeiros do internamento e Consulta de Pneumologia</p>	<p>Questionário aos enfermeiros</p> <p>Sim – Se os enfermeiros responderem afirmativamente à questão da formação (nos últimos cinco anos) sobre estratégias para facilitar a autogestão e a mudança de comportamentos</p> <p>Não - Se os enfermeiros responderem negativamente à questão da formação (nos últimos cinco anos) sobre estratégias para facilitar a autogestão e a mudança de comportamentos</p>
ii. Os doentes com doença crónica são avaliados para determinar a sua capacidade de autogestão.	<p>Auditoria <i>Baseline</i>:</p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>:</p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim: Se existirem registos nos domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar aceitação do estado de saúde - Avaliar o potencial para melhorar conhecimentos e capacidades - Avaliar os conhecimentos e a gestão do regime terapêutico - Avaliar o conhecimento e a capacidade para a autovigilância <p>Não: Se não existirem registos nos domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar aceitação do estado de saúde - Avaliar o potencial para melhorar conhecimentos e capacidades - Avaliar os conhecimentos e a gestão do regime terapêutico - Avaliar o conhecimento e a capacidade para a autovigilância

iii.	A capacidade dos doentes, necessidades de apoio, estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados no plano de autogestão.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim: Se existirem registos nos domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o potencial para melhorar conhecimentos e capacidades - Avaliar ansiedade - Avaliar medo - Avaliar autoestima - Avaliar uso de álcool, substâncias e tabaco - Documentar na apreciação inicial sobre prestador de cuidados, hábitos alimentares, hábitos de sono, visão e audição, processo familiar <p>Não: Se não existirem registos nos domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o potencial para melhorar conhecimentos e capacidades - Avaliar ansiedade - Avaliar medo - Avaliar autoestima - Avaliar uso de álcool, substâncias e tabaco - Documentar na apreciação inicial sobre prestador de cuidados, hábitos alimentares, hábitos de sono, visão e audição, processo familiar
iv.	Os doentes com doença crónica, capazes de se autogerir, recebem educação sobre a sua condição clínica, como monitorizar os seus sinais e sintomas e gestão da medicação.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim: Se existirem registos nos seguintes domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre sinais de alerta de exacerbações - Ensinar sobre estratégias de gestão de energia - Instruir e treinar autoadministração de medicamentos - Ensinar sobre hábitos alimentares, regime medicamentoso regime de exercício <p>Não: Se não existirem registos nos domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre sinais de alerta de exacerbações - Ensinar sobre estratégias de gestão de energia - Instruir e treinar autoadministração de medicamentos - Ensinar sobre hábitos alimentares, regime medicamentoso regime de exercício

v.	Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir envolvem-se com os profissionais de saúde para definir e acordar objetivos e metas terapêuticas.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Questionário aos doentes</p> <p>Sim – Se os doentes responderem afirmativamente à questão “Sentiu-se encorajado e envolvido pelos enfermeiros no estabelecimento de objetivos e metas para o seu processo de tratamento?”</p> <p>Não - Se os doentes responderem negativamente à questão “Sentiu-se encorajado e envolvido pelos enfermeiros no estabelecimento de objetivos e metas para o seu processo de tratamento?”</p>
vi.	Após a definição de objetivos, os doentes com doença crónica interagem com os profissionais de saúde para desenvolver um plano de ação para o seu tratamento.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Questionário aos doentes</p> <p>Sim – Se os doentes responderem afirmativamente à questão “Foi envolvido pelos enfermeiros na construção conjunta de um plano para o seu tratamento?”</p> <p>Não - Se os doentes responderem negativamente à questão “Foi envolvido pelos enfermeiros na construção conjunta de um plano para o seu tratamento?”</p>
vii.	O plano de ação acordado está documentado.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Questionário aos Doentes</p> <p>Sim – Se os doentes responderem afirmativamente à questão “Na alta recebeu informação escrita de orientação sobre o plano a usar para poder lidar com a sua doença?”</p> <p>Não - Se os doentes responderem negativamente à questão “Na alta recebeu informação escrita de orientação sobre o plano a usar para poder lidar com a sua doença?”</p>
viii.	Os profissionais de saúde encaminham os doentes para serviços de saúde / recursos da comunidade adequados.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim – se registo na nota de alta sobre as orientações para serviços de saúde/recursos da comunidade</p> <p>Não – ausência de registo na nota de alta sobre as orientações para serviços de saúde/recursos da comunidade</p>
ix.	Os profissionais de saúde coordenam os serviços de saúde de que o doente necessita.	<p><i>Auditoria Baseline:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p><i>Auditoria Follow-up:</i></p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim – se registo na nota de alta e no agendamento de serviços de saúde</p> <p>Não – ausência de registo na nota de alta e no agendamento de serviços de saúde</p>

x.	Os doentes com doença crónica recebem apoio adequado para atingir os seus objetivos e ajudar na resolução de problemas.	<p>Auditoria <i>Baseline</i>:</p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>:</p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Questionário aos doentes</p> <p>Sim – Se os doentes responderem afirmativamente à questão “Recebeu do serviço o apoio de que necessitava para lidar com a sua saúde e ultrapassar os problemas que lhe foram surgindo?”</p> <p>Não - Se os doentes responderem negativamente à questão “Recebeu do serviço o apoio de que necessitava para lidar com a sua saúde e ultrapassar os problemas que lhe foram surgindo?”</p>
xi.	Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir são acompanhados e monitorizados para rever o seu progresso.	<p>Auditoria <i>Baseline</i>:</p> <p>15 doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>:</p> <p>15 Doentes com DPOC internados no Serviço de Pneumologia A</p>	<p>Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem</p> <p>Sim – se registo de evolução dos diagnósticos (autovigilâncias de sintomas, gestão do regime terapêutico, de exercício e dietético)</p> <p>Não – se ausência de registo de evolução dos diagnósticos (autovigilâncias de sintomas, gestão do regime terapêutico, de exercício e dietético)</p>

De 01 a 08 de julho de 2023, usando o software JBI-PACES, os membros da equipa de projeto analisaram os resultados da auditoria de *baseline*, identificaram as barreiras que justificam as diferenças entre as práticas em uso e as melhores práticas definidas pela evidência, e os fatores facilitadores. Discutiram-se estratégias para melhorar a conformidade com as melhores práticas relacionadas com a promoção da autogestão da doença crónica. A ferramenta JBI GRiP, no módulo JBI-PACES, foi utilizada para documentar as barreiras, estratégias e recursos identificados como necessários para promover a mudança.

O segundo período, de 10 de julho a 30 de novembro, foi de concretização das estratégias de implementação da evidência. Com base no relatório GRiP, foram informadas as partes interessadas, recolhidas opiniões e promovido o envolvimento através de sessões no local de trabalho em pequenos grupos.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

A auditoria de *follow-up*, decorreu entre 01 e 30 de dezembro de 2023, com o objetivo de avaliar o impacto da implementação das estratégias de melhoria. Esta auditoria utilizou os mesmos critérios da auditoria de *baseline*. Os dados desta auditoria foram inseridos no software PACES e comparados com os dados da auditoria inicial.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com as fases de desenvolvimento do projeto.

Auditoria de Baseline

Um total de 26 enfermeiros (100% da equipa da unidade) foram considerados para o primeiro critério. Foram observados 15 doentes internados com o diagnóstico de DPOC (critério de auditoria 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9). Nenhum dos enfermeiros teve formação para facilitar a autogestão e a mudança de comportamento (critério 1).

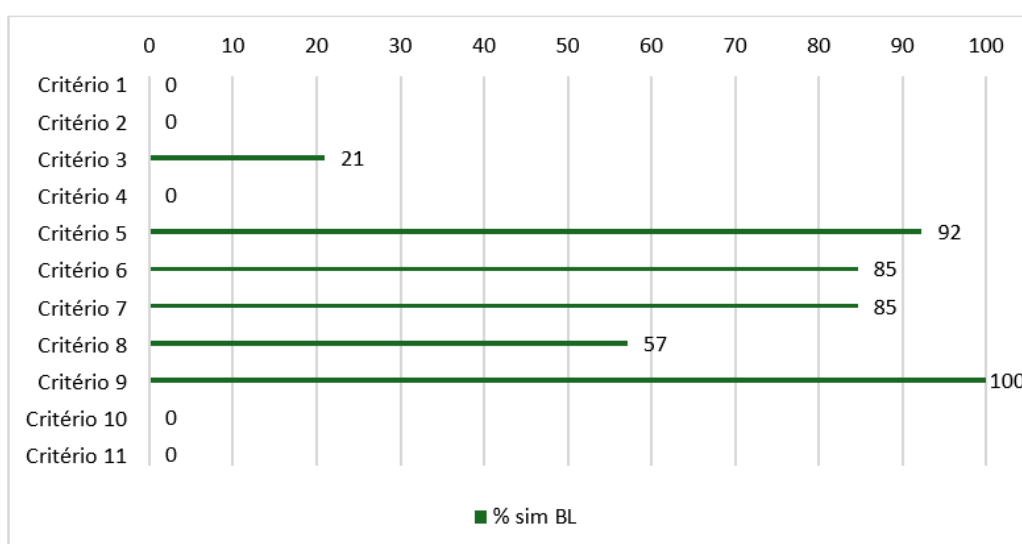
Relativamente ao critério 2 - Os doentes com doença crónica são avaliados para determinar a sua capacidade de autogestão - obteve-se 0 % de conformidade, assim como relativamente ao critério 9 e 10.

A auditoria de *baseline* mostrou elevada conformidade com as melhores práticas nos critérios 5, 6, 7 (dados obtidos através de questionário aos doentes), e ainda no critério 9 (com uma conformidade de 100%) relacionado com a coordenação, pelos enfermeiros, dos serviços de saúde de que o doente necessita.

Os resultados da auditoria de *baseline* são apresentados na Figura 1.

Figura 1

Resultados da auditoria de *baseline*, maio e junho de 2023.



- Critério 1. Os profissionais de saúde são treinados para facilitar a autogestão e a mudança de comportamentos
- Critério 2. Os doentes com doença crónica são avaliados para determinar a sua capacidade de autogestão
- Critério 3. A capacidade dos doentes, necessidades de apoio, estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados no plano de autogestão
- Critério 4. Os doentes com doença crónica, capazes de se autogerir, recebem educação sobre a sua condição clínica, como monitorizar os seus sinais e sintomas e gestão da medicação
- Critério 5. Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir envolvem-se com os profissionais de saúde para definir e acordar objetivos e metas terapêuticas
- Critério 6. Após a definição de objetivos, os doentes com doença crónica interagem com os profissionais de saúde para desenvolver um plano de ação para o seu tratamento
- Critério 7. O plano de ação acordado está documentado
- Critério 8. Os profissionais de saúde encaminham os doentes para serviços de saúde / recursos da comunidade adequados
- Critério 9. Os profissionais de saúde coordenam os serviços de saúde de que o doente necessita
- Critério 10. Os doentes com doença crónica recebem apoio adequado para atingir os seus objetivos e ajudar na resolução de problemas
- Critério 11. Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir são acompanhados e monitorizados para rever o seu progresso

BL: Auditoria de *Baseline*

Barreiras e Estratégias

Os resultados da auditoria de *baseline* foram divulgados e analisados pela equipa do projeto. Posteriormente, a equipa de enfermagem foi dividida em duas sessões (20 e 27 de junho) com 7 e 8 enfermeiros cada, para facilitar a dinâmica de grupo. Nessas sessões, foi proporcionado o conhecimento da melhor evidência científica disponível, a operacionalização dos critérios de auditoria, bem como a apresentação e discussão dos resultados da auditoria de *baseline*, identificando-se barreiras, estratégias e os recursos necessários para a sua implementação.

As principais barreiras identificadas foram: desconhecimento da equipa sobre a promoção de mudança de comportamento nos doentes; falta de sistematização do processo de cuidados, nomeadamente no domínio da abordagem e documentação da consciencialização, envolvimento e mudança dos doentes, bem como do processo de promoção do autocuidado; falta de momentos intencionais de análise e reflexão sobre as práticas, falta de documentação adequada dos processos de encaminhamento de utentes no pós-alta e falta de uma consulta de enfermagem de acompanhamento para doentes com DPOC com capacidade de autogestão da doença crónica.

Foram identificados como fatores facilitadores: a presença de uma cultura centrada no doente, com ênfase na prestação de cuidados de qualidade; a motivação da equipa para a melhoria contínua; a existência de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; o envolvimento do enfermeiro gestor e dos líderes informais e o envolvimento de duas enfermeiras do GASIDE e da sua coordenadora no processo de formação e promoção da reflexão contínua da equipa.

Neste contexto, foram definidas as seguintes estratégias de melhoria:

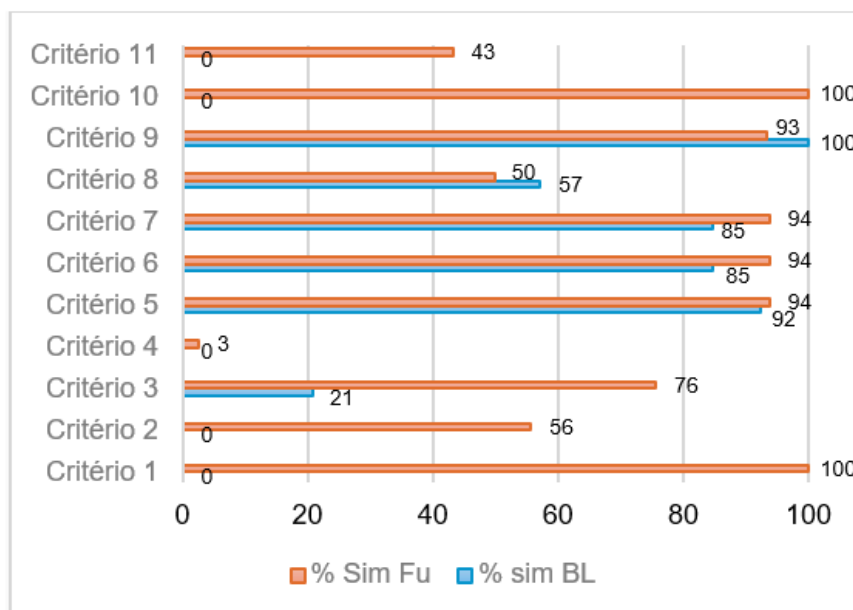
- Realização de dois momentos de formação formal de 14 horas cada, focados na Teoria das Transições de Afaf Meleis e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, como teorias capazes de fornecer orientação para o exercício que promove a autogestão da doença crónica. Esta formação permitiu a reflexão sobre a prática, através da análise de casos clínicos, como forma de promover a consciencialização das limitações existentes, consolidar a aprendizagem e facilitar a superação das barreiras identificadas;
- Acompanhamento com reflexão, um dia por semana, por um membro da equipa do GASIDE, analisando a aplicação do conhecimento aos casos concretos de doentes internados, durante um mês. Simultaneamente os elementos que fazem parte da equipa do projeto promovem uma reflexão contínua, com breves auditorias diárias;
- Auditorias bimestrais com reflexão da equipa sobre os resultados e oportunidades de melhoria;
- Incentivo regular à equipa por parte do enfermeiro gestor e do enfermeiro gestor em funções de direção;
- Elaboração de procedimento normalizado para a alta do utente;
- Lembretes colocados nos computadores para que os enfermeiros valorizem a promoção da autogestão da doença crónica;
- Elaboração de orientações específicas quanto à nota de alta a ser fornecida aos utentes;
- Elaboração de folheto sobre autogestão;
- Criação de uma consulta de enfermagem de acompanhamento para estes doentes;
- Formação de enfermeiros consultores para otimizar o processo de capacitação dos doentes para a autogestão da doença crónica;
- Avaliação da apropriação da formação pelos enfermeiros da consulta.

Auditoria de follow-up

Os resultados da auditoria de *follow-up* (Figura 2) revelaram um aumento global do cumprimento das melhores práticas. 100% dos enfermeiros (26) referiram ter recebido formação para facilitar a autogestão e a mudança de comportamento, o que se traduz numa melhoria global da adesão (0% a 100%) no critério 1. O mesmo ocorreu no critério 10 - os doentes com doenças crónicas recebem apoio adequado para atingirem os seus objetivos, bem como para a resolução de problemas.

Figura 2

Resultados da auditoria de follow-up / auditoria de baseline (dezembro de 2023)



- Critério 1. Os profissionais de saúde são treinados para facilitar a autogestão e a mudança de comportamentos
- Critério 2. Os doentes com doença crónica são avaliados para determinar a sua capacidade de autogestão
- Critério 3. A capacidade dos doentes, necessidades de apoio, estilo de vida, fatores sociais e psicológicos são considerados no plano de autogestão
- Critério 4. Os doentes com doença crónica, capazes de se autogerir, recebem educação sobre a sua condição clínica, como monitorizar os seus sinais e sintomas e gestão da medicação
- Critério 5. Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir envolvem-se com os profissionais de saúde para definir e acordar objetivos e metas terapêuticas
- Critério 6. Após a definição de objetivos, os doentes com doença crónica interagem com os profissionais de saúde para desenvolver um plano de ação para o seu tratamento
- Critério 7. O plano de ação acordado está documentado
- Critério 8. Os profissionais de saúde encaminham os doentes para serviços de saúde / recursos da comunidade adequados
- Critério 9. Os profissionais de saúde coordenam os serviços de saúde de que o doente necessita
- Critério 10. Os doentes com doença crónica recebem apoio adequado para atingir os seus objetivos e ajudar na resolução de problemas
- Critério 11. Os doentes com doença crónica capazes de se autogerir são acompanhados e monitorizados para rever o seu progresso

BL: Auditoria de *Baseline*; Fu: Auditoria de *Follow-up*

Os critérios 2, 3, 5, 6, 7 e 11 também revelaram um aumento da percentagem de conformidade, embora de forma menos significativa, uma vez que alguns já apresentavam uma taxa de cumprimento próxima dos 100%. Relativamente ao critério 4, que registou um aumento de apenas 3%, este resultado reflete a exigência associada ao processo de tomada de decisão e à respetiva documentação. O critério 3 apresentou um aumento significativo de 21 para 76%, e algumas estratégias implementadas contribuíram para isso, nomeadamente formação envolvendo a análise de casos clínicos do serviço, transmissão de conhecimentos sobre teorias de autocuidado e teoria das transições, reflexão sobre as práticas, aplicação de conhecimentos a casos clínicos e nova reflexão sobre a evolução ocorrida.

Relativamente aos critérios 8 e 9, verificou-se uma diminuição da percentagem de conformidade quando comparado com a auditoria de *baseline*. A avaliação destes critérios baseia-se na presença, em termos de documentação, de áreas complexas em termos de raciocínio diagnóstico relacionadas com processos intencionais traduzidos na Nota de Alta de Enfermagem, carecendo de formação e reflexão em equipa. Estes resultados relacionam-se com o elevado índice de mobilidade de enfermeiros que se verificou na equipa (aproximadamente 25%), com inclusão de novos elementos que não integraram a formação que foi disponibilizada aos restantes.

O envolvimento e a motivação da enfermeira gestora para participar neste projeto e a capacidade de promover a vontade de mudar e implementar as estratégias necessárias para implementar a mudança foram de extrema importância (Kotter, 2013).

A colaboração de dois elementos do GASIDE revelou-se de extrema importância, dado serem profissionais com maior competência para promover a reflexão.

Os resultados da auditoria de *baseline*, comunicados à equipa numa fase inicial do projeto e a participação na identificação de estratégias de melhoria, ajudaram a criar a convicção da necessidade de mudança.

Como principais lições aprendidas com este projeto, destacamos a importância de associar a formação específica à reflexão sobre as práticas, promovendo a consciência da necessidade de desenvolvimento, num processo de acompanhamento da prática.

As melhorias alcançadas serão mantidas com a continuidade da avaliação por auditoria interna dos registos de enfermagem, com reflexão regular realizada pelos enfermeiros do serviço que fizeram parte do grupo do projeto. Além disso, o enfermeiro auditor reportará, à equipa e aos gestores de enfermagem (serviço/departamento), a evolução da *compliance* durante as auditorias trimestrais institucionais, permitindo analisar a necessidade de intervenções corretivas.

CONCLUSÃO

O projeto de implementação promoveu a mudança e melhoria das práticas na promoção da autogestão da doença crónica, concretamente no doente com DPOC. O maior alinhamento com a prática baseada em evidência, na maioria dos critérios é resultado da apropriação do conhecimento e da reflexão sobre a prática.

Espera-se o desenvolvimento sustentado do projeto, perpetuando-se com avaliação contínua e auditoria de acompanhamento. A replicação em diferentes contextos da instituição também é esperada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(3), CD010523. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE*, 14(8), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Effing, T. W., Vercoulen, J. H., Bourbeau, J., Trappenburg, J., Lenferink, A., Cafarella, P., ... & van der Valk, P. (2016). Definition of a COPD self-management intervention: International expert group consensus. *European Respiratory Journal*, 48(1), 46–54. <https://doi.org/10.1183/13993003.00025-2016>
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2022). *Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2022 (pp. 1–128)*. [PDF]. <https://ondr2022.fundacaoportuguesadopulmao.org/>
- GOLD Committee. (2021). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2021 report) (12–19)*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. <https://goldcopd.org>
- Kacholi, G., & Anasel, M. G. (2023). *Health workforce. In Leadership and governance in primary healthcare: An exemplar for practice in resource limited settings*. <https://doi.org/10.1201/9781003346821-4>
- Kotter, J. P. (2013). *Liderando mudanças* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Dia Mundial da DPOC. SNS.gov. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/17/dia-mundial-da-dpoc-2/>
- Soumya (2020). *Evidence Summary: Chronic Disease: Self-Management Plan*. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2020; JBI12953.
- Sousa, M.R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2018) Autogestão Da Doença Crónica: Dos Modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto. Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem (pp. 15-26). ESEP.

9. LIMPEZA DA VIA AÉREA ARTIFICIAL EM CIRURGIA CARDÍACA

António José Ferreira^{1,2}

Vanessa Fonseca¹

Rita Cardoso¹

Ricardo Nuno Simões¹

Emília Sola¹

Bertina Lopes^{2,3}

Liliana Escada Ribeiro²

¹Centro de Cirurgia Cardiorádica e Transplantação de Órgãos Torácicos, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

²Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

³Serviço de Formação, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

“Limpeza das vias aéreas comprometida” é um diagnóstico de enfermagem identificado na totalidade dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, uma vez que, a necessidade de ventilação mecânica invasiva e o estado de coma induzido pela anestesia a que são submetidos, impede que a pessoa tenha capacidade para eliminar as secreções da via aérea.

A Unidade de Cuidados Intensivos onde se desenvolve este projeto, acolhe doentes em situação perioperatória de cirurgia cardíaca com necessidade de ventilação mecânica invasiva, com necessidade de via aérea artificial numa fase pré-cirúrgica (como por exemplo, doentes em lista de espera para transplante cardíaco com necessidade de implantação de dispositivos de assistência ventricular), ou de recuperação de complicações, decorrentes da cirurgia cardíaca a que foram submetidos e que necessitam de permanecer com uma via aérea artificial mais prolongada.

Assim, perante um ambiente de cuidados de alta complexidade, pretende-se que a equipa de enfermagem atue de acordo com as melhores práticas na limpeza da via aérea artificial, no sentido de reduzir as complicações e aprimorar os resultados, priorizando a segurança e o bem-estar dos doentes.

Na pessoa com via aérea artificial e na impossibilidade de conseguir eliminar as secreções, de acordo com a *American Association for Respiratory Care (AARC, 2010)*, a aspiração endotraqueal é um procedimento essencial para manter a permeabilidade das vias aéreas, removendo mecanicamente secreções pulmonares.

A limpeza das vias aéreas artificiais é um procedimento comum nos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca. Embora geralmente segura, pode acarretar complicações, impactando diretamente o tempo de internamento e as taxas de morbimortalidade dos doentes (Thompson, 2000; Favretto et al., 2012; Blakeman et al., 2022).

As complicações relacionadas com a aspiração de secreções identificadas na literatura são:

- Hemorragia, infeção, atelectasia, hipoxemia, diminuição da capacidade pulmonar, instabilidade cardiovascular e pressão intracraniana elevada (AARC, 2010);
- Arritmias cardíacas, incluindo bradicardia, taquicardia, fibrilhação auricular e extrassistolia (Thompson, 2000; AARC, 2010);
- Lesões na mucosa traqueal estão relacionadas com o tipo de cânula, pressão de sucção e frequência de aspiração, sendo a frequência e pressão negativa mais relevantes que o tipo de cânula (Thompson, 2000; AARC, 2010);
- Dor, sensação de engasgamento e ansiedade são experiências comuns, destacando-se a importância do apoio psicológico ao doente antes e durante o procedimento (Thompson, 2000; Favretto et al., 2012; Blakeman et al., 2022).

De acordo com a AARC (2010), considerando a complexidade e os potenciais prejuízos para o doente, é crucial avaliar criteriosamente a necessidade de aspiração antes de realizar o procedimento. Assim, é essencial que os enfermeiros estejam atualizados com evidências científicas recentes e válidas sobre os métodos e aspetos relacionados com a limpeza da via aérea artificial.

Neste contexto, para além dos sumários de evidência da JBI publicados por Porritt (2022), os critérios utilizados neste trabalho seguiram as recomendações da AARC (2010) e de Blakeman et al. (2022), que foram desenvolvidos de acordo com os níveis de evidência propostos pela *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).

Relativamente à avaliação da necessidade de realizar a limpeza da via aérea artificial, a evidência atual apoia a recomendação da AARC (2010), no sentido de realizar a aspiração da via aérea artificial apenas quando necessário (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022; Porritt, 2022 (nível de evidência B)). Dado os potenciais efeitos adversos significativos, é justificável realizar o procedimento apenas quando clinicamente indicado e não por rotina (Thompson, 2000; AARC, 2010; Favretto et al., 2012).

Neste contexto, a técnica deve ser aplicada com base nas seguintes observações:

- Padrão em dente de serra na onda de fluxo do ventilador (AARC, 2010; Blakeman, et al., 2022);
- Alterações na auscultação pulmonar/presença de crepitações na traqueia (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022);
- Pressão inspiratória de pico aumentada durante a ventilação mecânica controlada por volume ou volume corrente diminuído durante a ventilação controlada por pressão (Thompson, 2000; AARC, 2010);
- Deterioração da saturação de oxigénio e/ou dos valores da gasometria arterial (AARC, 2010);
- Secreções visíveis na via aérea artificial (Thompson, 2000; AARC, 2010; Blakeman et al., 2022);
- Mecanismo de tosse espontânea ineficaz (Thompson, 2000; AARC, 2010);
- Desconforto respiratório agudo, tempo inspiratório prolongado e aumento do trabalho respiratório (Thompson, 2000; AARC, 2010);
- Suspeita de aspiração de secreções gástricas ou das vias aéreas superiores (AARC, 2010);
- Quando existe necessidade de efetuar colheita de aspirado brônquico para análise (AARC, 2010).

Na limpeza da via aérea artificial, consideram-se duas técnicas de acordo com o sistema utilizado: aberta e fechada. Na técnica de aspiração aberta, é necessário desconectar o doente do ventilador, enquanto na técnica de aspiração fechada, é fixada uma sonda de aspiração estéril no circuito do ventilador, permitindo a aspiração sem desconectar o doente (AARC, 2010). Deve considerar-se esta segunda técnica em doentes que não toleram a interrupção da ventilação (Favretto et al., 2012). Ambas as técnicas são consideradas seguras e eficazes na remoção de secreções, contanto que sejam implementadas medidas de controlo de infeção e precauções de segurança (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência B)). Recomenda-se a utilização de técnica asséptica nos sistemas de aspiração abertos (Blakeman et al., 2022). De acordo com Favretto et al. (2012), a troca do sistema fechado de aspiração deve ser realizada a cada 24 a 48 horas, no entanto, é sempre recomendável seguir as recomendações do fabricante.

Relativamente à hiperoxigenação antes e após a aspiração da via aérea artificial, deve ser realizada com o objetivo de prevenir a dessaturação, pelo que se recomenda a utilização de oxigénio a 100% para pré-oxigenar doentes adultos antes da aspiração, ajustando manualmente o oxigénio ou utilizando o programa de pré-oxigenação temporário no ventilador (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência B)). Existe evidência de que estas recomendações são adequadas, embora a pré-oxigenação com um FiO_2 de 20% acima da linha de base, em vez de um aumento para 100%, possa ser suficiente em doentes adultos (Blakeman et al., 2022). O uso do insuflador manual em comparação com o ventilador apresenta desvantagens, especialmente em termos de volume utilizado, frequência, pressões intrapulmonares geradas e quantidade de oxigénio fornecido. Nota-se que o ventilador é mais eficaz na entrega de oxigénio do que o insuflador manual (Thompson, 2000). Além disso, a hiperinsuflação pode levar à ocorrência de arritmias cardíacas e situações de dispneia após sua utilização (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022).

A lavagem com solução salina durante a aspiração da via aérea artificial é controversa. A AARC (2010) desencoraja o seu uso por rotina devido ao potencial de eventos adversos, como diminuição da saturação de oxigénio, tosse excessiva, broncoespasmo, taquicardia, dispneia, aumento da Pressão Intracraniana e deslocação de biofilme bacteriano no interior da via aérea artificial. A instilação de solução salina, se for realizada, deve ser feita com moderação (quantidade inferior a 5 ml), sendo que não há evidências de que melhore a remoção de secreções respiratórias (Thompson, 2000; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência B)).

A escolha do tamanho do cateter de sucção e da pressão de vácuo para aspiração das vias aéreas artificiais é crucial, pois diferentes tamanhos e pressões podem causar alterações fisiológicas. A relação ideal entre o diâmetro externo do cateter e o da via aérea artificial ainda não é conhecida. No entanto, é recomendado que os cateteres de sucção não obstruam mais de 50% do lúmen do tubo endotraqueal em adultos (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência C)).

Não há uma recomendação formal sobre a pressão de vácuo, mas evidências sugerem que as pressões de sucção devem ser mantidas abaixo de -200 mmHg em adultos. Os profissionais devem priorizar o uso da menor pressão de sucção possível para uma remoção eficaz das secreções (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência C)). O enfermeiro deve limitar a duração de cada evento de aspiração da via aérea artificial para reduzir complicações e riscos. Recomenda-se manter o procedimento breve, não ultrapassando duas séries de ventilação/aspiração e limitando-o a um período não superior a 15 segundos (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022; Porritt, 2022 (nível de evidência B)).

Tendo em conta a profundidade de colocação da sonda de aspiração, o procedimento pode ser caracterizado como profundo ou superficial. A aspiração profunda envolve a inserção da sonda até encontrar resistência, seguida da retirada de 1 cm antes da aplicação de pressão negativa. Já a aspiração superficial consiste em introduzir a sonda até uma profundidade predeterminada, geralmente o comprimento da via aérea artificial mais o adaptador (AARC, 2010). A evidência recomenda a técnica superficial, reservando a aspiração profunda para situações específicas de ineficácia, devido ao risco de trauma e impacto fisiológico (AARC, 2010; Blakeman et al., 2022 (nível de evidência B)).

Com o desenvolvimento deste projeto pretende-se melhorar a prática dos enfermeiros relativamente à limpeza da via aérea artificial em doentes adultos na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica de um hospital central. Preocupações com a prática atual e dados locais e internacionais destacam complicações graves, devido à aspiração inadequada. A falta de conformidade com as melhores práticas pode aumentar custos de saúde e tempo de internamento. Melhorar a adesão às diretrizes baseadas em evidências é crucial para otimizar resultados clínicos e eficiência dos serviços de saúde.

Por isso, o projeto visa implementar a melhor evidência pelo método de auditoria e *feedback* do JBI e o *Getting Research into Practice* (GRiP), garantindo a conformidade com as melhores práticas nesta área, crucial para a segurança e o bem-estar dos doentes, além da eficácia dos serviços de saúde.

Neste sentido e tendo em conta que este é um projeto ainda em desenvolvimento, apresentam-se a seguir, os objetivos, o protocolo do projeto de implementação de evidência de acordo com as normas da JBI, os resultados da auditoria de *baseline* e no final uma breve conclusão.

O objetivo do projeto consiste em melhorar a conformidade da ação dos enfermeiros na limpeza da via aérea artificial (tubo endotraqueal ou traqueostomia) em doentes adultos internados na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica. Os objetivos específicos são:

- Determinar a conformidade atual com os critérios de boa prática na manutenção da via aérea artificial;
- Identificar as barreiras e os aspetos facilitadores da adesão à boa prática na manutenção da via aérea artificial;
- Melhorar o conhecimento das boas práticas na manutenção da via aérea artificial;
- Melhorar a conformidade com os critérios de boa prática na manutenção da via aérea artificial;
- Melhorar os resultados relacionadas com a utilização da via aérea artificial dos doentes internados na Cirurgia Cardiorácica com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

METODOLOGIA

O modelo de auditoria e *feedback* do JBI *Practical Application of Clinical Evidence System* (JBI PACES) e o *Getting Research into Practice* (GRiP), assenta na promoção da saúde baseada em evidências e envolve três etapas de atividade com sete fases: Pré-planeamento (fases 1, 2 e 3), Auditoria de *baseline* e planeamento da implementação (fases 4 e 5) e Avaliação do impacto e sustentabilidade (fases 6 e 7).

Pré-planeamento

O estudo desenvolve-se no Serviço de Cirurgia Cardiorácica de um hospital central e universitário de Portugal. Este serviço realiza mais de 1500 cirurgias por ano, sendo que, a maioria dos doentes apresenta necessidade de uma via aérea artificial para ventilação mecânica invasiva. O projeto é aplicado aos procedimentos realizados por enfermeiros, a doentes adultos (idade ≥ 18 anos), internados na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos, com necessidade de tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

O projeto envolve dois coordenadores, a enfermeira gestora do Serviço, dois enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, um enfermeiro da Unidade de Transplantação e um enfermeiro elo do SPCIRA (Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos). Os membros da equipa, o cargo, a organização e o papel são apresentados na tabela 1.

Tabela 1*Membros da equipa, cargo, organização e papel*

Membro da equipa	Posição	Organização	Papel
Coordenador 1	Investigadora Núcleo de Investigação em Enfermagem; Enfermeira	Unidade Local de Saúde Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra	Coordenação do projeto
Coordenador 2	Investigadora Núcleo de Investigação em Enfermagem, Enfermeira		Coordenação do projeto
Enfermeiro	Enfermeira Gestora do Serviço de Cirurgia Cardiorácica		Facilitador Desenho de estratégias
Enfermeiro 1	Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Unidade de Transplantes Cardíacos		Facilitador Desenho de estratégias Colheita de dados Formação
Enfermeiro 2	Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Unidade de Cuidados Intensivos		Facilitador Desenho de estratégias Colheita de dados Formação
Enfermeiro 3	Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Unidade de Cuidados Intensivos		Facilitador Desenho de estratégias Colheita de dados Formação
Enfermeiro 4	Serviço de Cirurgia Cardiorácica, elo da SPCIRA		Facilitador Desenho de estratégias Colheita de dados Formação

Auditoria de baseline e planeamento da implementação

Constituída a equipa de implementação do projeto e estabelecidos os critérios baseados na evidência científica consultada, foi realizada a auditoria de *baseline* com o intuito de avaliar a conformidade da ação dos enfermeiros na limpeza da via aérea artificial (tubo endotraqueal ou traqueostomia) em doentes adultos internados na unidade de cuidados intensivos de Cirurgia Cardíaca.

Os dados foram recolhidos entre os dias 30 de setembro de 2023 e 21 de março de 2024, tendo sido efetuadas 41 observações do procedimento referente à limpeza da via aérea artificial.

Os critérios de auditoria, a amostra, o método de avaliação da conformidade e a sua operacionalização, são apresentados na tabela 2.

Tabela 2

Critérios de auditoria, amostra, método de avaliação da conformidade e guia para auditoria

Critério de auditoria	Amostra	Método utilizado para avaliação da conformidade com a evidência da melhor prática	Guia para auditoria
<p>1.</p> <p>A aspiração da via aérea artificial deve ser realizada quando clinicamente necessário e não por rotina.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>	Observação.	<p>1.</p> <p>Sim – Se foi observado um dos seguintes critérios:</p> <p>a) as secreções eram visíveis na via aérea artificial;</p> <p>ou</p> <p>b) as secreções eram audíveis e/ou foi auscultado o tórax do doente;</p> <p>ou</p> <p>c) foram observadas as curvas do ventilador em padrão dentado.</p>
<p>2.</p> <p>Realiza a higiene das mãos antes e após o procedimento e quando a aspiração de secreções é realizada em circuito aberto, utiliza luvas esterilizadas.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>	Observação.	<p>2.</p> <p>Sim – Se realizou a higiene das mãos antes e após o procedimento e usou luvas esterilizadas quando a aspiração de secreções é realizada em circuito aberto;</p> <p>Não – Se não realizou a higiene das mãos antes e após o procedimento e não usou luvas esterilizadas quando a aspiração de secreções é realizada em circuito aberto.</p>
<p>3.</p> <p>Durante a limpeza da via aérea a pressão de sucção deve ser inferior a 200 mmHg.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p> <p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>	Observação.	<p>3.</p> <p>Sim – Se a pressão de sucção foi mantida abaixo de 200 mmHg durante a limpeza da via aérea;</p> <p>Não – Se a pressão de sucção foi superior a 200 mmHg durante a limpeza da via aérea.</p>
<p>4.</p> <p>Os cateteres de aspiração não devem ocluir mais do que 50% do lúmen do tubo endotraqueal.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p>	Observação.	<p>4.</p> <p>Sim – Se foi utilizado um cateter de aspiração cujo diâmetro era igual ou inferior a 50% do lúmen do tubo endotraqueal;</p>

<p>5.a) A aspiração da via aérea artificial deve ser precedida por pré oxigenação.</p>	<p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>	<p>Observação.</p>	<p>Não – Se foi utilizado um cateter de aspiração cujo diâmetro era superior a 50% do lúmen do tubo endotraqueal.</p>
<p>5.b) A aspiração da via aérea artificial deve ser precedida por pós oxigenação.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p>		<p>5.a) Sim – Se a aspiração da via aérea artificial foi precedida por hiperoxigenação com recurso ao aumento da FiO₂ no ventilador, no mínimo 20% acima da linha base do que estava a ser administrado.</p>
	<p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>		<p>Não - Se a aspiração da via aérea artificial não foi precedida por hiperoxigenação com recurso ao aumento da FiO₂ no ventilador, no mínimo 20% acima da linha base do que estava a ser administrado.</p>
			<p>e</p>
			<p>5.b) Sim – Se a aspiração da via aérea artificial foi precedida de hiperoxigenação com recurso ao aumento da FiO₂ no ventilador, no mínimo 20% acima da linha base do que estava a ser administrado.</p>
			<p>Não – Se a aspiração da via aérea artificial não foi precedida de hiperoxigenação com recurso ao aumento da FiO₂ no ventilador, no mínimo 20% acima da linha base do que estava a ser administrado.</p>
<p>6. A lavagem com solução salina para limpeza da via aérea artificial não deve ser realizada, exceto se as secreções se apresentarem espessas e de difícil remoção, com uma quantidade inferior ou igual a 5 ml.</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p>	<p>Observação.</p>	<p>6. Sim – Se foi observado um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a limpeza da via aérea artificial foi realizada sem recurso à solução salina; <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> b) foi utilizada solução salina (quantidade inferior a 5ml), porque as secreções se apresentam espessas e de difícil remoção.
	<p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>		<p>Não – Foi utilizada solução salina em quantidade superior a 5ml e as secreções não se apresentavam espessas nem de difícil remoção.</p>
<p>7.a) A limpeza da via aérea artificial, deve ser efetuada com duas ou menos séries de aspiração/ventilação;</p>	<p>Auditoria <i>Baseline</i>: 41 observações do procedimento</p>	<p>Observação.</p>	<p>7.a) Sim – Se a limpeza da via aérea foi efetuada com duas ou menos séries de aspiração/ventilação;</p>
<p>7.b) Cada evento de aspiração não deve ser superior a 15 segundos.</p>	<p>Auditoria <i>Follow-up</i>: 41 observações do procedimento</p>		<p>Não – Se a limpeza da via aérea foi efetuada com três ou mais séries de aspiração/ventilação.</p>
			<p>e</p>
			<p>7.b) Sim – Se o procedimento de aspiração foi igual ou inferior a 15 segundos;</p>
			<p>Não – Se o procedimento de aspiração foi superior a 15 segundos.</p>

Após a auditoria de *baseline*, os resultados serão analisados pela equipa de projeto e posteriormente apresentados à equipa de enfermagem, para identificar barreiras e planear estratégias facilitadoras para melhorar a conformidade.

Avaliação do impacto e da sustentabilidade

Será realizada uma auditoria de *follow-up*, utilizando-se os mesmos critérios e instrumento de colheita de dados da auditoria de *baseline*, para avaliar o impacto das estratégias implementadas.

RESULTADOS

A auditoria de *baseline* decorreu entre os dias 30 de setembro de 2023 e 21 de março de 2024.

Os resultados apresentados de acordo com os critérios previamente estabelecidos, foram divididos de acordo com os seguintes temas: avaliação da necessidade de limpeza da via aérea artificial, prevenção da infeção associada à via aérea artificial, prevenção de lesões na mucosa traqueal, prevenção de hipoxemia e utilização de solução salina.

Avaliação da necessidade de limpeza da via aérea artificial

O critério 1: “A aspiração da via aérea artificial deve ser realizada quando clinicamente necessário e não por rotina” foi operacionalizado com base na visibilidade de secreções na via aérea artificial, secreções audíveis e/ou foi realizada a auscultação do tórax do doente e presença de padrão dentado nas curvas do ventilador.

Das observações realizadas para este critério destacam-se os seguintes resultados (tabela 3): 58,5% não apresentavam secreções visíveis na via aérea; 58,5% as secreções não eram audíveis e/ou não foi efetuada a auscultação do tórax do doente; e em 63,4% das observações, foi efetuada a aspiração da via aérea sem o ventilador apresentar as curvas com um padrão dentado.

Tabela 3

Observações realizadas de acordo com a visibilidade de secreções na via aérea artificial, secreções audíveis e/ou realizada a auscultação do tórax e presença de padrão dentado nas curvas do ventilador

	Secreções visíveis na via aérea artificial (% , n)	Secreções audíveis e/ou realizada a auscultação do tórax (% , n)	Curvas do ventilador com padrão dentado (% ,n)
SIM	41,5% (17)	41,5% (17)	36,6%(15)
NÃO	58,5% (24)	58,5% (24)	63,4% (26)
TOTAL	100,0% (41)	100,0% (41)	100,0% (41)

Prevenção da infeção associada à via aérea artificial

O critério que se associa à prevenção da infeção relacionada com a presença da via aérea artificial e aspiração de secreções foi o 2: “Realiza a higiene das mãos antes e após o procedimento e quando a aspiração de secreções é realizada em circuito aberto, utiliza luvas esterilizadas”.

Dos resultados apresentados na tabela 4, pode referir-se que nem sempre foram acauteladas as medidas preconizadas para a realização do procedimento.

Tabela 4*Medidas adotadas para a prevenção da infecção associada à ventilação mecânica*

	Higiene das mãos antes e após a aspiração de secreções (% <i>, n</i>)	Uso de luvas esterilizadas em circuito aberto (% <i>, n</i>)
Sim	85,4% (35)	95,0% (38)
Não	14,6% (6)	5,0% (2)
TOTAL	100,0% (41)	100,0% (40*)

*Uma observação foi realizada num doente com dispositivo de aspiração em circuito fechado

Prevenção de lesões na mucosa traqueal

A prevenção de lesões na mucosa traqueal foi avaliada com base na observação do critério 3: “Antes da limpeza da via aérea, o enfermeiro verifica a pressão de sucção, que deve ser inferior a 200 mmHg”; do critério 4: “O diâmetro do cateter de aspiração é igual ou inferior a 50% do lúmen do TET”; e do critério 7: a) “A limpeza da via aérea artificial, deve ser efetuada com duas ou menos séries de aspiração/ventilação”; e b) “Cada evento de aspiração não deve ser superior a 15 segundos”.

Relativamente à pressão de aspiração utilizada durante a limpeza da via aérea artificial, na maioria dos procedimentos (95%), o enfermeiro não regulou o vacuómetro para uma força de sucção recomendada (inferior ou igual a 200 mmHg). Para além disso, apesar da maioria dos eventos de aspiração ter uma duração inferior a 15 segundos, ainda foram notificados 20% em que o tempo de duração de cada evento, foi superior ao recomendado (tabela 5).

Tabela 5*Medidas adotadas para a prevenção de lesões da mucosa traqueal*

	Pressão de sucção \leq a 200 mmHg durante a aspiração (% <i>, n</i>)	Diâmetro do cateter de aspiração é \leq 50% do lúmen do tubo (% <i>, n</i>)	A duração de cada evento de aspiração foi \leq a 15 segundos (% <i>, n</i>)
Sim	5% (2)	100,0% (41)	80% (33)
Não	95% (39)	0,0% (0)	20% (8)
TOTAL	100% (41)	100,0% (41)	100% (41)

Relativamente ao número de séries de aspiração/ventilação realizadas, a evidência recomenda que estas sejam no menor número possível, não devendo ultrapassar as duas séries. Na auditoria realizada, verificou-se que em 44% das observações (tabela 6), não foram seguidas estas recomendações.

Tabela 6*Quantidade de séries de aspiração/ventilação realizados por cada procedimento auditado*

	Séries de aspiração/ventilação realizadas (% <i>, n</i>)
Uma	10% (4)
Duas	46% (19)
Três	44% (18)
TOTAL	100% (41)

Prevenção de Hipoxemia

A prevenção de hipoxemia foi avaliada com base na observação dos critérios 5.a): “A aspiração da via aérea artificial deve ser precedida por hiperoxigenação” e 5.b) “A aspiração da via aérea artificial deve ser precedida de hiperoxigenação”.

Embora a evidência recomende que a hiperoxigenação pré e pós limpeza da via aérea artificial, deva ser realizada com recurso ao aumento do FiO₂ do ventilador, na tabela 7 pode-se verificar que, na maioria dos procedimentos, foi observado a utilização do insuflador manual para este efeito e que em 9,8% dos casos não foi realizada pré-oxigenação.

Tabela 7

Recursos utilizados para promoção da pré e pós oxigenação durante o procedimento

	Recurso utilizado para pré-oxigenação (% , n)	Recurso utilizado para pós-oxigenação (% , n)
Insuflador manual e administração de O ₂	73,2% (30)	53,7% (22)
Ventilador a 100% de O ₂ ou no mínimo 20% acima do valor base	9,8% (4)	14,6% (6)
Com recurso ao insuflador manual e aumento do O ₂ no ventilador	7,3% (3)	26,8% (11)
Não foi realizada pré-oxigenação	9,8% (4)	4,9% (2)
TOTAL	100,0% (41)	100,0% (41)

Utilização de solução salina

A utilização de solução salina foi avaliada com base na observação do critério 6): “A lavagem com solução salina para limpeza da via aérea artificial não deve ser realizada, exceto se as secreções se apresentarem espessas e de difícil remoção, devendo ser utilizada uma quantidade inferior ou igual a 5 ml”.

Como se pode observar na tabela 8, a utilização de solução salina foi utilizada em 78,0% dos procedimentos observados e destes, apenas 9,4% utilizaram a quantidade de até 5ml recomendados pela evidência, se as secreções se apresentassem espessas ou de difícil remoção.

Tabela 8

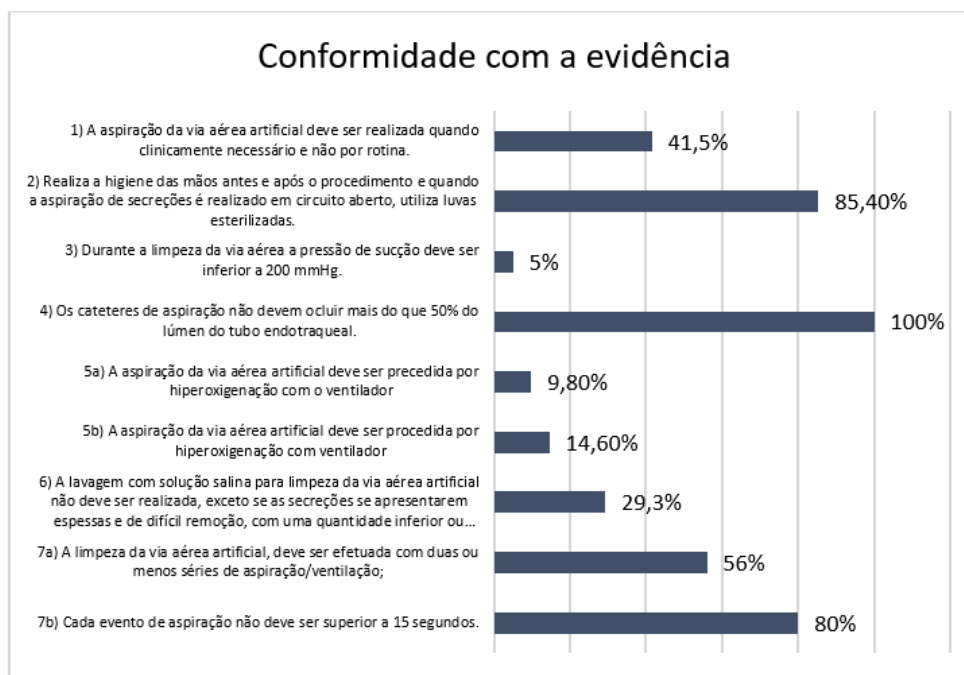
Distribuição da amostra de acordo com a utilização de solução salina durante a limpeza da via aérea artificial

	Sem utilização de solução salina (% , n)	Com utilização de solução salina ≤ 5ml (% , n)
Sim	22,0% (9)	9,4% (3)
Não	78,0% (32)	90,6% (29)
TOTAL	100,0% (41)	100,0% (32)

Para complementar os resultados que foram apresentados de forma detalhada, o gráfico 1 permite-nos verificar globalmente o grau de conformidade dos critérios e sub-critérios com a evidência.

Figura 1

Resultados da Auditoria de Baseline



CONCLUSÃO

A realização deste trabalho pretende apresentar o progresso correspondente à etapa 1 do projeto de implementação da evidência. É um projeto ainda não finalizado, no entanto, vem demonstrar a necessidade de se evoluir para as etapas subsequentes.

A auditoria de *baseline* permite demonstrar de forma objetiva, a importância da revisão e otimização dos protocolos existentes relacionados com a limpeza da via aérea artificial, com foco numa avaliação mais rigorosa da necessidade de aspiração de secreções, no desenvolvimento de medidas que prevejam a prevenção da infeção relacionada com a ventilação mecânica, lesões e hemorragia das vias aéreas, situações de hipoxemia e outras complicações relacionadas com o procedimento.

Assim, pretende-se que os resultados apresentados, sejam impulsionadores para a implementação das próximas etapas do projeto, que deverão passar pela identificação das barreiras, pela implementação de medidas de melhoria, pela envolvimento e formação contínua da equipa de enfermagem, essenciais para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Coimbra pela coordenação da etapa I do projeto de implementação da evidência, esperando que essa colaboração se mantenha, de forma a concluir com sucesso o trabalho iniciado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association for Respiratory Care. (2010). Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory care*, 55(6), 758-764.
- Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., & Strickland, S. L. (2022). AARC clinical practice guidelines: artificial airway suctioning. *Respiratory Care*, 67(2), 258-271.
- Favretto, D. O., Silveira, R. C. D. C. P., Canini, S. R. M. D. S., Garbin, L. M., Martins, F. T. M., & Dalri, M. C. B. (2012). Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 997-1007.
- Porritt, K. (2022). *Evidence Summary. Artificial Airway Suctioning (Adult, Pediatric and Neonatal): Frequency and Duration. The JBI EBP Database, 11–12.*
- Thompson, L. (2000). Suctioning adults with an artificial airway: a systematic review (Structured abstract). In *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12000008606/frame.html>



CAPÍTULO IV

**As perspectivas sobre
implementação da
evidência**

1. COMO MEMBRO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Paulo Nobre¹

¹Serviço de Neurologia, Unidade C/UAVC, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

O perfil dos principais utilizadores dos serviços de saúde tem vindo a mudar ao longo dos últimos anos, sendo progressivamente mais complexo e exigente, o que tem obrigado os diversos profissionais a uma constante atualização e adaptação. Uma das principais estratégias que tem sido adotada pelas equipas de saúde, passa incontornavelmente pela mudança na prática baseada na evidência (PBE) ou pelos cuidados informados pela evidência.

A PBE tem sido definida como o processo em que os enfermeiros (e outros profissionais de saúde), tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível, recorrendo à sua experiência clínica e simultaneamente às preferências dos doentes, no contexto dos recursos disponíveis. A PBE apresenta-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, geralmente se assumem como as mais adequadas, com previsível garantia de melhores resultados (Pereira et al., 2012). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do JBI tem sido considerado como referência para a implementação da evidência, na medida em que, através de um processo cíclico composto por várias etapas, permite avaliar, sintetizar, transferir e utilizar a evidência no ambiente de prestação de cuidados, tendo como meta a melhoria da saúde global (Püschel, 2022).

Enquanto membro da equipa de enfermagem da Unidade de Internamento C/ Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), do Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra, tive oportunidade de assistir e participar na implementação de um projeto de boas práticas, no âmbito da gestão da disfagia, por enfermeiros. Desde o início que este projeto se configurou de elevado interesse para toda a equipa por se focar numa área de elevada incidência e impacto na pessoa com patologia cerebrovascular, onde os cuidados de enfermagem assumem um papel crucial para o processo de recuperação e prevenção de complicações, envolvendo a família e/ou o cuidador. Este foi, na minha perspetiva, um dos aspetos inicialmente mais relevantes, na implementação do projeto de boas práticas – dar resposta a uma problemática importante para a equipa e simultaneamente impactante para a pessoa cuidada e família.

Considerando a abordagem teórica do modelo do JBI para a implementação da evidência, é interessante verificar que a primeira fase diz respeito precisamente à identificação da área da prática/problema com as partes interessadas, pela importância que desempenha no desenrolar de todo o projeto.

Recentrando no projeto em questão, foi considerada a gestão da disfagia como a área da prática a melhorar, tendo como principal objetivo aumentar a conformidade da ação dos enfermeiros com a boa prática na gestão da disfagia, em pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) internados em Neurologia. De entre os vários objetivos específicos definidos, destaco a identificação de barreiras e facilitadores para alcançar a conformidade com as melhores práticas, a melhoria da conformidade com os critérios baseados em evidências em relação à promoção da avaliação/gestão da deglutição comprometida na pessoa pós-AVC e a melhoria dos ganhos em saúde na prevenção de complicações (como, por exemplo, a aspiração). Na realidade, desde sempre que a gestão da disfagia foi assumida como prioritária pela equipa de enfermagem do Serviço de Neurologia C/UAVC, especialmente trabalhada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, no entanto, nem sempre sistematizada e uniformizada a todos os elementos da equipa.

Com a implementação deste projeto, foi possível perceber que a abordagem uniformizada, generalizada e sobretudo baseada na melhor evidência científica, em consonância com o contexto, experiência profissional e características dos doentes, correspondeu a uma melhoria dos cuidados prestados. Numa visão global do projeto salienta-se a sua programação de acordo com o modelo JBI, partindo da constituição da equipa responsável e elaboração do desenho, passando pela auditoria *baseline*, pela implementação de estratégias de melhoria das práticas e posteriores auditorias *follow-up*.

Este projeto contemplou as diferentes fases de implementação identificando as principais barreiras à implementação e estabelecendo as respetivas estratégias de melhoria (*Getting Research into Practice* - GRiP). Como principais barreiras identificadas destaca-se a falta de conhecimento uniformizado da equipa sobre a avaliação do doente pós-AVC com deglutição comprometida e a falta de sistematização no processo de cuidados, no domínio da abordagem e documentação. Para tal, foram implementadas diversas estratégias de resolução tais como: a realização de *workshops* (formação e promoção da reflexão sobre a temática da disfagia) envolvendo toda a equipa; auditorias mensais à documentação dos cuidados de enfermagem e acompanhamento semanal, com reflexão, em momentos de passagem de turno; realização de vários momentos de reflexão sobre as práticas com casos clínicos; elaboração de procedimento normalizado sobre avaliação e cuidados de enfermagem a doentes pós-AVC com deglutição comprometida; criação de fluxograma de atuação e outros documentos de apoio.

Partindo de uma visão de todo o projeto e do seu desenvolvimento ao longo do tempo, considero que foi provavelmente uma das iniciativas implementadas geradoras de maior valor (ganhos em saúde), de alargado consenso e envolvimento, desenvolvida autonomamente pela equipa de enfermagem do serviço. Para tal, contribuiu fundamentalmente a metodologia adotada, pela clareza, uniformização e robustez científica, que associada ao forte empenho do grupo responsável pela sua dinamização, permitiu uma melhoria das práticas e correspondente qualidade dos cuidados. Por outro lado, foi crucial o envolvimento e suporte da enfermeira gestora, que numa primeira fase impulsionou o projeto e posteriormente fomentou as condições necessárias ao seu desenvolvimento e estímulo dos profissionais envolvidos, o que nem sempre foi fácil de alcançar, atendendo aos constrangimentos e limitação de recursos do serviço, características da dinâmica assistencial associada ao perfil de complexidade e dependência dos doentes e rotatividade de internamento em resposta à rede regional da Via Verde do AVC, com todas as implicações de resposta e exigência inerentes.

Destaco, ainda, como ponto forte relativamente à metodologia JBI adotada, em comparação com outras anteriormente já desenvolvidas no serviço, a implementação da evidência em saúde, através de uma aproximação entre a evidência científica e a prática clínica. O acesso a sumários de evidência adaptados, aproveitando o conhecimento e experiência já desenvolvido noutros contextos em todo o mundo, permite aos profissionais de saúde (que normalmente não dispõem de muito tempo dedicado para a pesquisa em relação a determinada problemática), estreitar e aumentar a conformidade com as melhores recomendações científicas com a prática profissional. Paralelamente, a monitorização e acompanhamento contínuo da implementação, permite ajustar eventuais desvios ao plano inicial, consolidar estratégias e aumentar a satisfação dos profissionais envolvidos.

Enquanto enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e membro da equipa de enfermagem, foi com grande satisfação que acompanhei o desenvolvimento do projeto de implementação da evidência no serviço, pelo envolvimento e dinamização global que despoletou em todos os intervenientes, pela clareza e objetividade na comunicação utilizada e sobretudo pela qualidade e inerente segurança nos cuidados de enfermagem prestados, com especial foco na prevenção de complicações.

Considero que, para alcançar a mudança, é fundamental optar por modelos facilitadores da aproximação entre síntese de evidência e a incorporação nas práticas clínicas, sendo para tal essencial o compromisso da liderança com o processo, o dinamismo dos profissionais envolvidos, a monitorização contínua e o acompanhamento dos resultados, medindo os benefícios para os doentes em relação com os cuidados de enfermagem prestados. O projeto de implementação de boas práticas em curso é sem dúvida um exemplo de mudança a considerar por todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62. <https://doi.org/10.12707/RIII11146>
- Püschel, V. A. (2022). Implementação de evidências em saúde: reduzindo a lacuna entre a pesquisa e a prática. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 21:e20226581. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226581>.

2. COMO MEMBRO DA EQUIPA DE IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA

Daniel Mourão

¹Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2020) afirma que a qualidade dos cuidados é o grau em que os serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados. Os cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias maneiras, mas há um reconhecimento crescente de que os serviços devem ser centrados nas pessoas, dando resposta às suas preferências, necessidades e valores individuais.

A exigência e complexidade dos cuidados de saúde, a procura da melhor resposta às necessidades das pessoas, torna imperativo a adoção de uma prática informada pela evidência, tendo em conta que os profissionais de saúde precisam de conhecimento e informação para tomar decisões adequadas e centradas na pessoa. São várias as linhas de investigação que sustentam que a implementação da evidência melhora a qualidade dos cuidados, sabendo que, aumentando o conhecimento clínico, aumenta a autonomia e os resultados das pessoas que cuidamos (Teixeira, 2021).

A pessoa com doença vascular não apresenta uma sintomatologia padrão. Os sintomas mais comuns são a claudicação, a dor gemelar em perímetros de marcha curtos, o arrefecimento e parestesias das extremidades, e em casos mais graves a dor isquémica. Esta é insuportável e limitativa, sendo mesmo preditiva da necessidade de amputação.

A dor é uma das experiências mais temidas e uma das mais experienciadas, apesar da procura incansável de soluções, estratégias, recursos e técnicas que promovam o alívio da dor. Não sendo exclusivamente fisiológica, a dor inclui a dimensão espiritual, emocional e psicossocial, sendo o objetivo do seu tratamento o mesmo nas diferentes idades e circunstâncias de vida: intervir nas dimensões que influenciam a dor, procurando proporcionar o máximo de alívio, com o mínimo de efeitos secundários. O impacto da dor na saúde pública mundial exige dos profissionais de saúde, independentemente da disciplina, o desenvolvimento de competências na avaliação, na gestão e no tratamento da dor (Scher et al., 2020).

Foi com estes pressupostos que identificámos como área de melhoria a gestão da dor no pós-operatório e decidimos desenvolver um projeto de implementação da evidência no serviço de Cirurgia Vascular.

O primeiro passo foi construir a equipa de projeto, pessoas motivadas para a mudança e com interesse pelo tema. Foi constituída inicialmente, na sua totalidade, por enfermeiros. Empiricamente entendíamos que a nossa prática se aproximava das recomendações da melhor evidência, circunscritos à ideia de que qualidade em saúde se traduz na resposta individual de cada um dos diferentes profissionais de saúde e das diferentes disciplinas do conhecimento.

Da análise das diretrizes consensuais de especialistas baseadas em evidências sobre a gestão da dor pós-operatória, com o propósito de construir a grelha para a auditoria *baseline*, começámos a ter a perceção que, tendo o objetivo a melhoria da qualidade do serviço de saúde, a melhor resposta terá de ser sempre a da equipa de saúde, sustentada na avaliação da pessoa, no conhecimento formal e na especificidade de todas as disciplinas do conhecimento envolvidas.

A Enfermagem contribui com os seus saberes a par com outras disciplinas do conhecimento, com a finalidade de melhorar a saúde, o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, não esquecendo que a saúde é um fenómeno complexo e multidisciplinar (Queiroz, 2016).

Os resultados da auditoria *baseline* foram desoladores. Mesmo as dimensões que reconhecíamos como sendo de grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem não estavam evidenciadas na documentação. Estes resultados foram ao mesmo tempo a alavanca para introduzir mudança, tal o impacto no desempenho das diferentes equipas. Da reflexão sobre os resultados, sobre as barreiras e as estratégias a desenvolver, construímos vários documentos para avaliar e intervir de forma sustentada na resposta à pessoa com dor e à sua família. Realizámos formação à equipa de enfermagem sobre avaliação e gestão da dor no pós-operatório com análise de casos clínicos e reflexão sobre a ação. Este momento foi muito importante para consciencializar a equipa da necessidade de mudança de comportamentos e práticas e em conjunto encontrar estratégias para aumentar a qualidade dos nossos cuidados no âmbito da gestão da dor pós-operatória.

Constatamos que apesar de estarmos a melhorar a prática de enfermagem, não estávamos ainda centrados na melhor resposta à pessoa com dor. Cresceu a consciência que tal só seria possível se a equipa multidisciplinar tivesse representação na equipa de projeto. Intencionalmente envolvemos o diretor de serviço e apresentámos os resultados à equipa médica, da qual resultou a nomeação de um cirurgião vascular para integrar a equipa de projeto. Gradualmente e em sinergia com o cirurgião vascular, conseguimos incluir anestesistas peritos no âmbito da gestão e controlo da dor e farmacêuticos.

A primeira reunião com a equipa multidisciplinar foi estruturante, na qual a coordenadora do projeto conseguiu centrar todos os presentes num objetivo comum: o bem-estar das pessoas submetidas a cirurgia. Este objetivo permitiu a interação e a cooperação entre as diferentes disciplinas do conhecimento em busca de soluções. Kotter (2017, p.65), no seu programa para liderar a mudança, confirma que “como as grandes mudanças são muito difíceis de conseguir, é necessária uma força poderosa para sustentar o processo (...) Uma coligação liderante (...) que tenha a composição certa, o nível de confiança certa e um objetivo comum”.

As estratégias e todos os documentos foram validados pela equipa de projeto, aos quais acrescentaram valor e amplitude ao seu raio de ação, passando a incluir estruturas de apoio à tomada de decisão dos diferentes profissionais de saúde. Para tal, foi fundamental que cada um destes elementos trabalhasse de forma proativa em cada uma das suas áreas de expertise, e estas serem discutidas por toda a equipa de projeto.

Um dos muitos exemplos do descrito foi a dinâmica do processo de construção dos protocolos terapêuticos, em que Enfermeiros, Cirurgião Vascular, Anestesistas e Farmacêuticos analisaram e discutiram em conjunto as diferentes possibilidades terapêuticas e a sua eficácia no alívio da dor das pessoas submetidas a cirurgia: os enfermeiros, partilhando a história de dor da pessoa, os momentos do dia em que a dor era mais intensa e o impacto nas atividades de vida diária, descrevendo como conjugavam as intervenções farmacológicas com as não farmacológicas e a sua eficácia; o cirurgião, relacionando a informação anterior com o tipo e o grau de dor esperado das pessoas com um determinado diagnóstico médico nas diferentes fases do perioperatório, com o sucesso e a viabilidade do procedimento cirúrgico, nomeadamente a necessidade de avaliação da consciência, da perfusão dos tecidos, da mobilidade e da sensibilidade (que pode ser condicionada pela técnica anestésica); os anestesistas, integrando a informação de ambos para adequar a prescrição, a técnica ou conjugação de técnicas que proporcionassem alívio da dor e bem-estar durante todo o percurso perioperatório; e o farmacêutico, identificando alternativas e soluções medicamentosas que fossem ao encontro das necessidades das pessoas, do tratamento e dos objetivos terapêuticos.

A interdisciplinaridade permitiu aumentar a sustentação e a robustez da proposta de mudança nas várias equipas, e sem dúvida aumentar o bem-estar das pessoas submetidas a cirurgia, possibilitando a interligação e relação entre as diferentes áreas do saber, intervenções, e os resultados da atividade de cada um dos atores na gestão da dor pós-operatória da pessoa, num contínuo que é esperado da ação de uma equipa de saúde.

Refletindo sobre todo este percurso, uma das grandes mais-valias deste projeto de implementação foi fazer emergir a relevância e a certeza de que “a saúde é uma tarefa multidisciplinar, não podendo ser negligenciado o exercício de cada profissional. Daqui se deduz o papel importante de cada ator, não só na definição dos seus padrões de qualidade de cuidados, mas também no esforço para obter uma melhoria contínua da qualidade em saúde. (...) A pessoa, alvo dos cuidados, não é propriedade de nenhum profissional, é um ser com plenitude de direitos que espera dos serviços de saúde e dos profissionais rapidez e efetividade no tratamento e nos cuidados, pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.105).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kotter, J. P. (2017). *Liderar a Mudança* (1st ed.). Harvard Business Review Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. (Vol. 53, Issue 9). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Queirós, P. J. P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de Los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 45, 137–146. <https://doi.org/org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Scher, C., Petti, E., Meador, L., Van Cleave, J. H., Liang, E., & Reid, M. C. (2020). Multidimensional Pain Assessment Tools for Ambulatory and Inpatient Nursing Practice. *Pain Management Nursing*, 21(5), 416–422. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.007>
- Teixeira, A., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Nogueira, A. (2022). *Empoderamento Profissional e Prática Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática* [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

3. COMO ENFERMEIRO GESTOR

Isabel Lopes¹

¹Serviço de Endocrinologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença crónica que constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial, não só pelo aumento da sua incidência, como também pela sua elevada morbilidade e mortalidade (Bastos, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) identifica como uma das estratégias para aumentar a eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde, a importância de proporcionar educação, incentivos e ferramentas de autocuidado e autogestão alicerçadas nos cuidados baseados na evidência. Também o Plano Nacional de Saúde (PNS) identifica a importância da promoção da literacia em saúde e da capacitação da pessoa com diabetes e cuidador para assumir um papel ativo e responsável na defesa da sua saúde. Nesse sentido a capacitação da pessoa para a autogestão da sua doença crónica é estruturante para a melhoria dos resultados em saúde e redução do consumo dos recursos de saúde. Os enfermeiros têm intervenções focadas na promoção da autogestão no processo de transição saúde/doença, com ênfase na identificação e desenvolvimento de estratégias centradas na pessoa, razão pela qual escolhemos este tópico para incrementar o conhecimento específico e poder melhorar o cuidar em enfermagem de acordo com a melhor evidência.

A implementação da evidência é um dos pilares de apoio às organizações e às equipas, permitindo o desenvolvimento de estratégias que apoiam os enfermeiros no seu desenvolvimento pessoal e profissional, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Enquanto enfermeira gestora é meu objetivo combinar os interesses da organização e gerir a equipa fomentando o espírito de trabalho e a excelência dos cuidados, contribuindo para a implementação de projetos baseados na melhor evidência, cujo papel desempenhado se concentra na implementação da melhoria contínua, otimização das respostas às necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, desenvolvimento de competências profissionais da equipa e prática profissional baseada na evidência promovendo ambientes promotores de empoderamento e de mudança.

A prática de enfermagem baseada na evidência é hoje uma exigência não só dos profissionais, mas também de quem beneficia dos cuidados de saúde e é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível. É uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que se assumirão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira et al., 2012).

Neste contexto, o Serviço de Endocrinologia da Unidade Local de Saúde de Coimbra implementou um projeto de implementação da evidência sobre o tema “Autogestão da doença crónica em doentes internados numa unidade de Endocrinologia: um projeto de implementação de boas práticas” baseado na abordagem do Modelo JBI que contemplou essencialmente três etapas: auditoria de *baseline*, conceção e implementação de estratégias para melhorar a prática e auditoria de *follow-up* após implementação das estratégias de mudança.

Implementar este projeto, enquanto enfermeira gestora do serviço de Endocrinologia, foi um desafio importante em que o principal objetivo foi garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, porque a melhor evidência científica disponível iria ser incorporada na prática clínica diária.

Com este projeto pretendeu-se:

- Determinar a conformidade atual com os critérios de boa prática na promoção da autogestão da doença crónica;
- Identificar as barreiras e os aspetos facilitadores da adesão à boa prática de promoção da autogestão da doença;
- Melhorar o conhecimento das boas práticas na promoção da autogestão da diabetes;
- Melhorar a conformidade com os critérios de boa prática na promoção da autogestão da doença crónica;
- Aumentar os ganhos em conhecimentos e capacidades da pessoa para a autogestão da diabetes.

Este projeto decorre da perceção de que não se trata de um mero desafio de per si, mas é, também, uma oportunidade para todos os enfermeiros desenvolverem conhecimento disciplinar e prático nesta área, dado o seu papel específico na equipa de cuidados, facilitando o processo de transição das pessoas e famílias confrontadas com uma doença crónica.

Destacam-se a adequação das estratégias utilizadas na implementação do projeto, o que permitiu que este evoluísse de forma favorável:

- Criação de um grupo de trabalho que liderou a equipa de enfermagem;
- Apresentação do projeto com a metodologia utilizada, tendo por base a evidência científica;
- Partilha de toda a informação, desde os critérios em análise que serviram de base ao projeto e seriam objeto de auditoria, gerando assim envolvimento de todos;
- Reflexão sobre os achados surpreendentes da auditoria de baseline e identificação das estratégias de implementação;
- Na implementação do projeto e para dar resposta a vários critérios de boa prática, foi necessário realizar formação a toda a equipa e reflexão sobre as práticas com o objetivo de consciencializar os enfermeiros para a necessidade de desenvolverem conhecimento sobre conceção de cuidados, tendo como referenciais teóricos a Teoria das Transições de Afaf Meleis, em que os focos de atenção da prática de enfermagem relativos à aceitação do estado saúde, adesão e gestão do regime terapêutico foram essenciais. A análise e discussão de casos clínicos, e a reflexão na e sobre a ação foram outras das estratégias estruturantes utilizadas.

Enquanto enfermeira gestora, destaco estes momentos de aprendizagem como tendo sido importantíssimos para o envolvimento dos enfermeiros enquanto facilitadores do processo de capacitação da pessoa com diabetes.

Após a formação e durante o período de implementação do projeto houve um acompanhamento semanal da equipa de enfermagem, por parte do grupo de facilitadores do Grupo de Apoio aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE), com a participação ativa dos enfermeiros, tendo como objetivo a análise e reflexão intencional sobre a condição das pessoas internadas e sobre a respetiva documentação de enfermagem para sustentar a tomada de decisão em referenciais de cuidados e na melhor evidência científica disponível.

Esta implementação promoveu a efetiva mudança/melhoria dos cuidados de enfermagem no planeamento da autogestão da pessoa com diabetes. As estratégias que se revelaram mais adequadas foram a formação e reflexão sobre as práticas e a criação de um procedimento normalizado da preparação da alta, pois permitiram aumentar a *compliance* e assim atingir os objetivos propostos.

De salientar que estes resultados só foram possíveis devido à cultura institucional de orientação para o doente, do desejo da equipa local de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e do envolvimento de toda a equipa de projeto (coordenadores, enfermeira gestora do serviço, equipa de enfermagem do internamento e da consulta externa e 3 enfermeiros do GASIDE).

Podemos afirmar que os enfermeiros, enquanto facilitadores do processo de ensino-aprendizagem dos utentes, contribuem decisivamente para a capacitação e envolvimento dos principais interessados na gestão do seu tratamento e para as melhores decisões informadas, o foco situa-se em lograr que o doente alcance a mestria nesta gestão, resultando na maximização do seu potencial de saúde e consequente qualidade de vida. Por isso, as evidências revelam que as grandes áreas de atenção mais sensíveis aos cuidados de enfermagem são do domínio do autocuidado e dos comportamentos de adesão, salientando a importância que estes focos têm para a qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade: Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2013). Validation of the Portuguese version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire: An exploratory approach. *Revista Paraninfo Digital*, 7(19). <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

NOTA FINAL

Diana Santos^{1,2}

Liliana Escada Ribeiro¹

¹Núcleo de Investigação em Enfermagem da Unidade Local de Saúde Coimbra – Núcleo UICISA: E/ESEnfC

²Unidade Cuidados Intermédios Cirúrgicos, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

A implementação da evidência tem sido amplamente reconhecida como uma estratégia fundamental para promover a conformidade da prática clínica com a melhor evidência científica disponível. O livro “Da evidência à implementação” inicia-se pela descrição e explicitação da metodologia do JBI para a Implementação da evidência e compila/reúne um total de cinco resumos de relatórios de projetos de implementação da evidência (quatro com o manuscrito completo publicado em revista científica e um em processo de publicação), quatro relatórios de projetos de implementação da evidência concluídos até a auditoria de *follow-up* e cinco projetos em desenvolvimento, nomeadamente na etapa de implementação das estratégias planeadas.

Este livro consubstancia a aplicabilidade do modelo do JBI no contexto da prática clínica. Cada experiência descrita neste livro demonstra não apenas os desafios e as oportunidades encontradas ao longo do processo de implementação, mas também o impacto significativo que a implementação da evidência pode ter na qualidade dos cuidados de saúde.

A divulgação destes projetos, concluídos ou em desenvolvimento na Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, oferece uma compreensão clara do investimento da instituição na transferência e implementação da melhor evidência disponível para a prática clínica em diferentes serviços e departamentos, incluindo: Medicina interna e especialidades médicas; Cirurgia e Gastrenterologia; Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação; Oncologia; e Pediatria.

Além da divulgação dos projetos, as perspetivas decorrentes das vivências de implementação aqui apresentadas (que incluem desde a experiência de um membro da equipa de enfermagem de um contexto clínico onde foi desenvolvido um projeto, de um enfermeiro integrado na equipa de implementação, até à de um enfermeiro gestor que agiu como dinamizador (facilitador) demonstram o envolvimento ativo dos enfermeiros nestes processos, sublinhando a importância da colaboração intra e interprofissional, do compromisso institucional e do apoio contínuo ao desenvolvimento profissional.

Assim, tanto os resultados evidentes na melhoria das práticas, como as diferentes perspetivas permitiram evidenciar os benefícios destes projetos para as pessoas que usufruem dos cuidados de saúde na ULS Coimbra, para as equipas de saúde, assim como para a parceria efetiva entre uma instituição de ensino (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) e uma instituição clínica.

Esperamos que este livro promova o conhecimento de todos os profissionais de saúde sobre os cuidados de saúde informados pela evidência, assim como motive outros contextos para o desenvolvimento destes projetos, abrangendo todos os níveis de cuidados. Ao refletir sobre as experiências partilhadas, espera-se que este livro inspire o desenvolvimento de novos projetos de implementação e reforce o compromisso dos profissionais de saúde em promover uma prática baseada em evidência, assegurando assim a excelência nos cuidados prestados. Sublinha-se ainda a importância de uma cultura organizacional que valorize a investigação, a inovação e a aprendizagem contínua como pilares essenciais para a evolução da prática clínica.

Acreditamos que este livro não só norteia o percurso da implementação da evidência da ULS Coimbra, mas também serve como um ponto de partida para outras instituições de saúde que pretendam assegurar a implementação de cuidados informados pela melhor evidência científica disponível. Que este livro seja uma fonte de conhecimento e motivação para todos aqueles comprometidos com a excelência na prática clínica e a melhoria dos cuidados de saúde.

Concluimos este livro com a convicção de que a implementação da evidência não constitui apenas uma estratégia para a melhoria dos cuidados de saúde, mas sim uma necessidade imperativa para a evolução da prática clínica e para a garantia de que todas as intervenções realizadas sejam seguras, efetivas e centradas nas necessidades dos doentes.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA
2024