

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL BASEADO EM CUIDADOS CENTRADOS NO PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLEMENTATION OF CARE-BASED CARE-BASED CARE QUALITY PROTOCOL: EXPERIENCE REPORT

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CALIDAD ASISTENCIAL BASADO EN EL CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE: INFORME DE EXPERIENCIA

 Taciana de Castilhos Cavalcanti ¹
 Thais dos Santos Donato Schmitz ²
 Paula Pinheiro Berto ²
 Rose Plotnik ²
 Vivian Rodrigues Fernandes ³
 Karina Oliveira Azzolin ³

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Terapia Intensiva. Porto Alegre, RS – Brasil; Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul – IC-FUC, Cardiologia. Porto Alegre, RS – Brasil; Escola Superior de Gestão e Ciências da Saúde, Administração dos Serviços de Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Terapia Intensiva. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Taciana de Castilhos Cavalcanti
E-mail: tacicavalcanti@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Conceitualização: Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Vivian R. Fernandes, Karina O. Azzolin; **Gerenciamento de Recursos:** Taciana C. Cavalcanti, Karina O. Azzolin; **Gerenciamento do Projeto:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Karina O. Azzolin; **Investigação:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Karina O. Azzolin; **Metodologia:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Rose Plotnik, Karina O. Azzolin; **Redação - Preparação do Original:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Karina O. Azzolin; **Redação - Revisão e Edição:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Rose Plotnik, Vivian R. Fernandes, Karina O. Azzolin; **Supervisão:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Karina O. Azzolin; **Validação:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Rose Plotnik; **Visualização:** Taciana C. Cavalcanti, Thais S. D. Schmitz, Paula P. Berto, Vivian R. Fernandes, Karina O. Azzolin.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 08/10/2018

Approved em: 08/07/2019

Como citar este artigo:

Cavalcanti TC, Schmitz TSD, Berto PP, Plotnik R, Fernandes VR, Azzolin KO. Implantação de protocolo de qualidade assistencial baseado em cuidados centrados no paciente crítico: relato de experiência. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____ _];23:e-1241 Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20190089

RESUMO

Objetivo: descrever as etapas da construção e implantação de um protocolo de qualidade assistencial, baseado no *bundle* ABCDEF, adaptado às necessidades locais, integrando-o à visão de cuidado centrado no paciente, vivenciadas pelo grupo multiprofissional pelo olhar dos enfermeiros. **Método:** trata-se de relato de experiência da construção e implantação parcial de um protocolo de qualidade assistencial, baseado nas orientações do PAD inserido no Programa de Qualidade Assistencial “ABCDEF”, que aborda o manejo da analgesia, da sedação e do delírium, englobando os protocolos de desmame de ventilação mecânica, mobilização precoce, higiene do sono e humanização desde a admissão na UTI. **Resultados:** foram implantados, até o momento, os protocolos de sedoanalgesia, desmame da ventilação mecânica e mobilização precoce. Estes passaram por ampla discussão com a equipe assistencial multiprofissional antes da implantação. **Conclusão:** inúmeros são os fatores que facilitam e dificultam a implantação do *bundle* ABCDEF em nossa realidade. A proposta de mudança é bem aceita pelo grupo, mas a adesão não é constante. Esforços intensos com educação permanente, encontros com equipe multiprofissional e valorização do trabalho pelos gestores parecem melhorar o engajamento.

Palavras-chave: Cuidados Críticos; Protocolos; Delírium; Equipe de Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to describe the stages of the elaboration and implementation of a quality care protocol, based on the ABCDEF bundle, adapted to local needs, integrating it with the patient-centered view of care experienced by the multiprofessional group through the eyes of nurses. **Method:** this is an experience report of the elaboration and partial implementation of a care quality protocol, based on the PAD guidelines inserted in the Care Quality Program “ABCDEF”, which addresses the management of analgesia, sedation and delirium, encompassing discontinuation of mechanical ventilation, early mobilization, sleep hygiene and humanization protocols since ICU admission. **Results:** the protocols of sedoanalgesia, discontinuation of mechanical ventilation and early mobilization were implemented so far. These underwent extensive discussion with the multidisciplinary care team prior to implementation. **Conclusion:** there are many factors that facilitate and hinder the implementation of ABCDEF bundle in our reality. The change proposal is well accepted by the group, but adherence is not constant. Intense efforts with continuing education, meetings with multiprofessional staff and appreciation of work by managers seem to improve engagement.

Keywords: Critical Care; Protocols; Delirium; Patient Care Team; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: describir las etapas de la construcción e implementación de un protocolo de calidad asistencial, basado en el paquete de medidas ABCDEF, adaptado a las necesidades locales, integrándolo con la visión de la atención centrada en el paciente,

experimentada por el grupo multiprofesional a través de los ojos de los enfermeros. **Método:** informe de experiencia de la construcción e implementación parcial de un protocolo de calidad asistencial, basado en las pautas de PAD insertadas en el Programa de Calidad Asistencial "ABCDE", que trata del manejo de la analgesia, sedación y delirio, que incluye los protocolos de destete de ventilación mecánica, movilización temprana, higiene del sueño y humanización desde la admisión a la UCI. **Resultados:** hasta el momento fueron implementados los protocolos de sedoanalgesia, de destete de la ventilación mecánica y de movilización temprana. Estos se sometieron a una extensa discusión con el equipo de atención multiprofesional antes de la implementación. **Conclusión:** hay muchos factores que facilitan y dificultan la implementación del paquete de medidas ABCDEF en nuestra realidad. La propuesta de cambio es bien aceptada por el grupo, pero la adhesión no es constante. Esfuerzos intensos con educación continua, reuniones con el personal multiprofesional y la apreciación del trabajo por parte de los gerentes parecen mejorar el compromiso.

Palabras clave: Cuidados Críticos; Protocolos; Delirio; Grupo de Atención al Paciente; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

O tratamento dos pacientes críticos evoluiu ao longo dos anos, resultando em redução das taxas de mortalidade nas unidades de terapia intensiva (UTI). Entretanto, o aumento de sobrevida se associou a algumas complicações, como *delirium* e fraqueza adquiridos na UTI. Essas morbidades são inerentes às doenças críticas e predizem de forma independente o aumento da mortalidade, dias em ventilação mecânica (VM), tempo de permanência na UTI, uso de sedação contínua e restrições físicas. A longo prazo, associa-se à redução da capacidade normal cognitiva, emocional e física dos pacientes, dificultando o retorno às atividades habituais anteriores.¹

Na busca por melhores condições de vida após UTI, as equipes multidisciplinares têm elaborado estratégias que integrem práticas para otimizar o retorno às atividades diárias após eventos agudos e críticos. A Sociedade Americana de Cuidados Críticos (SCCM) construiu a diretriz do manejo da dor, agitação e *delirium* (PAD), a qual prioriza o tratamento da dor do paciente internado em UTI, admitindo sua relação com distúrbios de sono, com memórias traumáticas, com transtorno de estresse pós-traumático, com o desenvolvimento de dor crônica e com menos qualidade de vida pós-alta da UTI. Já o *delirium* é um preditor independente de declínio funcional, de reinternações e de *déficits* neurocognitivos graves, comparáveis à lesão cerebral traumática ou à doença de Alzheimer moderada.²

A evolução dos estudos de sedação e analgesia na UTI mostrou melhora nos desfechos ao manter os pacientes mais despertos, possibilitando uma evolução mais precoce do desmame da ventilação mecânica (DVM) e da extubação, impactando diretamente na redução do tempo de internação na UTI e na mortalidade desses pacientes.³ Estudo com

associação de protocolos de sedação e de DVM comparado com apenas protocolo de DVM exibiu redução do tempo de VM e da mortalidade no grupo de associação de protocolos.⁴ Posteriormente, outro estudo que utilizou a associação de protocolo de sedação e mobilização precoce demonstrou redução no tempo de VM e *delirium* nos pacientes críticos.⁵ Esses trabalhos reforçam a ideia de que a associação de protocolos assistenciais promove melhora dos desfechos nos pacientes críticos.

Em 2010 estudiosos no assunto propuseram a construção do *bundle Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring/management, and Early exercise/mobility* (ABCDE).⁶ Estudos seguiram avaliando o benefício do uso dessa estratégia na melhora de desfechos na UTI,⁷ com resultados promissores. Em 2019, estudo multicêntrico randomizado com mais de 15 mil pacientes realizado em 68 UTIs americanas obteve melhora significativa nos desfechos dos pacientes que receberam o cuidado a partir do uso do *bundle*, incluindo melhora de sobrevida, redução do tempo de VM, *delirium*, imobilidade e readmissões em UTI.⁸ A SCCM adotou essa estratégia de práticas baseadas em evidências como uma ferramenta para organizar o atendimento aos pacientes críticos que, quando realizadas coletivamente, melhoram os resultados, recentemente ampliando o *bundle* ABCDEF, assegurando o papel da família no cuidado.²

Baseando-se nas evidências atuais, no controle de eventos prejudiciais à recuperação da saúde em doentes críticos, a equipe multiprofissional da UTI de um hospital de grande porte do Sul do Brasil construiu um protocolo de qualidade assistencial. Este, amparado nas orientações do PAD sugerido pela SCCM e inserido no Programa de Qualidade Assistencial "ABCDE", aborda o manejo da analgesia, da sedação e do *delirium*, englobando os protocolos de desmame de ventilação mecânica, mobilização precoce, higiene do sono e humanização desde a admissão na UTI.

Este relato de experiência visa descrever as etapas da construção e implantação de um protocolo de qualidade assistencial, baseado no *bundle* ABCDEF, adaptado às necessidades locais, integrando-o à visão de cuidado centrado no paciente, vivenciadas pelo grupo multiprofissional pelo olhar dos enfermeiros, servindo de auxílio para outras equipes que estejam nesse processo de busca pela qualificação do cuidado.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo tipo relato da experiência das estratégias utilizadas para elaboração e implantação dos protocolos preconizados no *bundle* ABCDEF em um centro de terapia intensiva (CTI) tipo III de um hospital universitário do Sul do Brasil. A referida instituição é certificada pela

Acreditação Internacional da *Joint Commission International* (JCI), conquistada em 2013 e 2017, de forma pioneira entre os hospitais universitários brasileiros. Essa certificação representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais.

Atualmente, possui 842 leitos, dos quais 39 são no CTI, unidade de referência para este estudo.

Devido à complexidade e à necessidade de cuidado integrado, foi fundamental a participação de um grupo interdisciplinar durante todo o processo. O serviço conta atualmente com equipe multiprofissional composta de nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, farmacêutico, além da equipe-base formada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Para revisão e/ou elaboração dos protocolos supracitados, foram envolvidas as equipes multiprofissionais itinerantes, ou seja, de acordo com a necessidade do tema a ser discutido. As discussões nos grupos de trabalho (GT) perduraram por 12 meses, primeiramente para construção dos aspectos teóricos de cada protocolo, baseado em revisão de literatura, com artigos originais publicados e diretrizes das especialidades. Aliou-se a isso a experiência dos profissionais envolvidos, seguida de ampla análise da viabilidade da implementação das etapas pertencentes ao *bundle* ABCDEF. Realizou-se consulta com profissionais da instituição com expertise em cada um dos assuntos abordados. Após a etapa de elaboração dos protocolos pela equipe, procedeu-se à publicação e à consulta de consistência com as equipes assistenciais das UTIs, a fim de verificar a compreensão e identificar oportunidades de melhoria.

Os GTs foram formados basicamente por representantes da equipe médica, enfermagem e fisioterapia. Para o protocolo de analgesia e sedação, porém, foi agregada ao grupo a farmacêutica clínica da unidade e sem participação da fisioterapia. Para o protocolo de DVM e da mobilização precoce foram convidados mais dois fisioterapeutas, além do pertencente ao grupo. Os protocolos analgesia/sedação e DVM, porém, foram atualizados e reimplantados, visto que já faziam parte do cuidado. Para o protocolo da higiene do sono e humanização do cuidado, além do GT foi convidada a psicóloga do CTI.

Antes de proceder à reimplantação do primeiro protocolo (sedoanalgesia), realizaram-se “oficinas de sensibilização” com a equipe multiprofissional em relação à importância do *delirium* no prognóstico dos pacientes críticos. Isso foi feito a partir de apresentação expositiva pela equipe multiprofissional, finalizando com a mensagem do cuidado centrado no paciente como melhor ferramenta na prevenção do *delirium* e apresentação do *bundle* ABCDEF. Posterior às oficinas de sensibilização, foi realizada ampla revisão com a equipe

de enfermagem a respeito da avaliação do *delirium*, com a utilização da escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU), a qual não fazia parte da rotina de avaliação clínica dos enfermeiros.

Optou-se pela realização de aula expositiva com posterior análise de casos simulados, bem como com prática *in loco* em pacientes internados no CTI. As escalas de dor – escala numérica/analógica e *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) – e a avaliação de sedação e agitação usando *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) já eram realizadas de rotina na avaliação clínica pela equipe. Referente à implantação, planejou-se a introdução dos protocolos de maneira sequencial, com intervalos de *washout* mínimo de 45 dias entre cada etapa.

Em paralelo ao desenvolvimento desses protocolos, ocorreu a implantação do *round* multiprofissional a beira-leito. Esse *round* estruturou-se com base em discussões com equipe médica, de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia, baseando-se no cuidado centrado no paciente. Estruturou-se um *check-list* como ferramenta para contemplar a avaliação de funcionamento dos protocolos de sedação, DVM, mobilização, higiene do sono e humanização. Após realização de piloto do *round* multidisciplinar de dois meses e posteriores adequações, iniciou-se a implantação dos protocolos assistenciais para posterior validação, por meio de avaliação de indicadores assistenciais e desfechos clínicos dos pacientes.

IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS

O protocolo de analgesia e sedação foi implantado a partir de pequenos grupos focais com a equipe médica e enfermagem, durante o turno assistencial, utilizando os casos clínicos dos próprios pacientes como simulação do manejo de sedoanalgesia. Para avaliação desse protocolo, por exemplo, foram instituídos indicadores de equilíbrio (taxa de remoção de dispositivos vasculares, taxa de extubação acidental), indicadores de adesão (taxas de adequação ao RASS, CPOT, CAM ICU) e indicador de efetividade (redução das taxas de *delirium*).

O protocolo de DVM foi atualizado após ampla discussão com a equipe multidisciplinar, que envolveu principalmente a equipe médica, a fisioterapia e a enfermagem. Realizou-se uma apresentação com discussão aberta entre toda a equipe assistencial, buscando validar o protocolo. A equipe médica e de fisioterapia gerenciam o processo. A enfermagem atua principalmente na identificação de sinais de intolerância ao teste de respiração espontânea, durante o DVM. Para instrumentalização, realizou-se dinâmica de grupos focais com a enfermagem com esse enfoque, além da discussão das etapas do protocolo e oportunidades de intervenção a beira-leito.

O protocolo de mobilização precoce foi elaborado juntamente com a equipe da fisioterapia e amplamente

discutido com a equipe de enfermagem e médica. Inicialmente foi apresentado com discussão aberta para o grupo de médicos rotineiros e fisioterapia. Prévio à implantação, houve a preocupação da equipe em avaliar o conhecimento do tema pela equipe de enfermagem, principalmente em relação aos benefícios e barreiras assistenciais à mobilização (utilização de ferramenta de pré e pós-teste). Construiu-se um *check-list* para uso a beira-leito, com o objetivo de determinar as necessidades de profissionais e equipamentos para efetivar a mobilização de maneira segura. Novamente optou-se pela realização de grupos focais para discutir o protocolo e o *check-list*. Para a implantação foram necessárias mudanças no processo de trabalho da enfermagem, com o intuito de equalizar as necessidades de cuidado e especificidades em cada um dos turnos.

O protocolo higiene do sono foi iniciado a partir de uma pesquisa eletrônica e escrita (em urna), em que todos os membros da equipe foram convidados a sugerir melhorias que pudessem contribuir para a promoção do sono dos pacientes internados na UTI. A partir das sugestões obtidas e da pesquisa literária sobre o tema, definiram-se ações para a construção das melhorias. Discussões foram necessárias com as equipes externas ao CTI, como: radiologia, laboratório, nefrologia, com o objetivo de minimizar a realização de procedimentos não urgentes no período da 0 às 5h. Solicitou-se avaliação da engenharia para adaptações na iluminação na UTI e revisão dos mobiliários, com o intuito de reduzir ruídos. O processo de conscientização da equipe assistencial quanto à importância da redução de ruídos à noite, bem como a reestruturação das rotinas noturnas, como higiene e individualização de monitoração dos pacientes, estão em andamento, no entanto, já se observam muitas iniciativas da equipe para promover a higiene do sono dos pacientes após a sensibilização inicial. Em todos os turnos de trabalho foram definidos profissionais multiplicadores, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais realizarão a multiplicação em grupos focais para os demais profissionais.

O protocolo de humanização vem sendo implantado atualmente. Inicialmente organizou-se o processo de ampliação do horário de visita. Os familiares tinham acesso de visitação por 2 horas e 30 minutos ao dia. Após processo de organização pelas lideranças e chefias do CTI, iniciou-se em agosto de 2018 a ampliação da visitação para 6 horas e 30 minutos diários, para dois familiares acordados pelo núcleo (paciente/família), enquanto que os demais familiares permaneceram com o direito de visitação conforme a rotina (três horas fracionadas no dia). A ampliação da visita viabilizou-se a partir de um projeto de extensão desenvolvido em parceria com a universidade, coordenado por professores da Escola de Enfermagem e pelas lideranças de enfermagem e administrativa, os quais contaram

com alunos de graduação extensionistas e secundaristas, na modalidade de jovem aprendiz. Os graduandos, sob supervisão das lideranças, têm sido responsáveis pela realização do acolhimento das famílias, realizando grupos diários com os familiares interessados em participar da visita estendida. Nessas reuniões são abordados assuntos como rotinas da unidade, dispositivos utilizados no tratamento dos pacientes, controle de infecção, ética e sigilo nas relações com outros familiares, direitos e deveres do paciente e boas práticas no contato com os pacientes e equipes. Os jovens aprendizes têm contribuído no controle do acesso no CTI pelos familiares já habilitados a participar da visita ampliada, permanecendo por sete horas diárias na recepção da unidade.

Atualmente, o grupo de humanização desenvolve processo de melhorias de comunicação para equipe de enfermagem, médica e fisioterapia, no sentido de aumentar empatia e acolhimento com os pacientes e familiares, assim como entre as equipes assistenciais. A equipe assistencial foi instrumentalizada por meio de capacitação simulada sobre como dar más notícias, com o intuito, entre outros, de sensibilizar quanto à importância da família na definição do plano terapêutico ao paciente. Grupos de apoio coordenados por médico e psicólogo da unidade têm ocorrido duas vezes por semana, propiciando suporte psicoespiritual para os familiares dos pacientes internados no CTI.

A última etapa após a implantação de todos os protocolos é uma atividade na modalidade de “educação à distância”. Estão previstos três módulos para cada equipe assistencial principal (médicos, enfermagem e fisioterapia), constando de uma abordagem inicial similar e depois individualizando os principais tópicos do *bundle* para cada núcleo profissional.

Para subsidiar o gerenciamento de todos os protocolos, foram estabelecidos indicadores assistenciais, com a finalidade de acompanhar os resultados e monitorar a adesão pós-implantação. A coleta de dados será realizada a cada três meses após a instituição de cada um dos protocolos.

Para garantia dos preceitos éticos, o desenvolvimento dos protocolos foi por meio de um projeto integrado submetido e aprovado por comitê de ética institucional. Ainda, a implantação dos protocolos assistenciais faz parte do planejamento estratégico da instituição quanto ao cuidado centrado no paciente e família. Todos os envolvidos nesse processo fazem parte da equipe assistencial e lideranças do serviço de terapia intensiva.

RESULTADOS

Após a implantação dos protocolos, iniciou-se a fase de acompanhamento e de mensuração de indicadores.

Observou-se lenta redução de adesão a alguns critérios, que gerou necessidade de reorganização da fase de acompanhamento. Elegeram-se enfermeiros responsáveis em cada turno para realizar uma supervisão direta e diária, promovendo consolidação do processo. Esses profissionais atuam dentro da unidade para estimular e solucionar dúvidas. Sentiu-se necessidade de realizar treinamentos por intermédio de grupos focais anuais de cada protocolo, para contemplar novos profissionais integrados à unidade, como reforço da importância da adesão ao projeto.

BARREIRAS À IMPLANTAÇÃO

Devido à complexidade das ações do *bundle*, encontramos inúmeras barreiras durante todas as fases do processo. Estabelecer uma gestão integrada diariamente em todos os pacientes internados no CTI e, para toda equipe multiprofissional ligada ao seu cuidado, não é tarefa fácil, pois exige adaptações dos processos de trabalho, além de inúmeros fatores humanos e culturais. Para facilitar o sucesso da implantação, faz-se necessário identificar as principais barreiras presentes na instituição e elaborar medidas para seu manejo desde o início do processo.⁷

As barreiras encontradas foram a falta de conhecimento sobre o assunto pela equipe, aceitação das alterações de rotina pelo grupo assistencial, receio do aumento da carga de trabalho e eventos adversos, dificuldade de interação entre a equipe multiprofissional (falha na comunicação e dificuldade em propiciar condutas autônomas das equipes não médicas), custos (adequação de equipamentos para mobilizar os pacientes, aquisição de mais poltronas), escassez de recursos: pessoal, ambiente e equipamentos, longo tempo de implantação, bem como a necessidade em manter o grupo de trabalho motivado.

A literatura traz apontamentos consistentes com os achados *in loco*, em que mais de 75% dos participantes de uma pesquisa relataram “falta de tempo” como uma possível barreira para fazer uma mudança em sua prática. Os enfermeiros que estavam aplicando o CAM-ICU para todos os pacientes não percebiam mudança ou valorização médica no que faziam em relação ao paciente com *delirium*. Isso é observado na prática diária, na qual há necessidade de reforços contínuos para a equipe de enfermagem, no sentido de estimular o envolvimento em ações não farmacológicas para a redução do curso do *delirium*, bem como para prevenção.

Algumas medidas podem minimizar as barreiras e facilitar a implantação do processo. Nessa experiência, o apoio da direção institucional está sendo essencial para o sucesso da implantação, pois se faz crucial não apenas pelo custo associado, mas também pelo apoio moral ao grupo de

implantação (empoderamento). Os *rounds* multidisciplinares no CTI foram essenciais para a discussão dos componentes dos protocolos, propiciando uma comunicação alinhada entre todos os profissionais que fazem parte do cuidado.

A coleta dos indicadores também podem minimizar as barreiras, pois proporciona a identificação de falhas no processo e adequação (estratégia de auditoria e *feedback*). Outras medidas são: o envolvimento de toda a equipe multiprofissional na elaboração dos protocolos, a exposição a sugestões do grande grupo multiprofissional antes de sua implantação, a programação de treinamentos periódicos para a equipe assistencial com mais atenção aos profissionais “novos” na instituição, uso de guia para consulta rápida dos protocolos e a motivação da equipe envolvida, com base na valorização do trabalho desenvolvido por produção científica e exposição dos resultados do programa.

DISCUSSÃO

Após décadas de aperfeiçoamento e evolução técnica, a Medicina intensiva depara-se atualmente com um grande desafio: a individualização no cuidado e tratamento dos pacientes. Esse desafio ampara o desenvolvimento de melhorias assistenciais com foco no cuidado centrado no paciente e na humanização.⁸ Outro paradigma atual da Medicina intensiva é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes sobreviventes de UTI. As condições que retornam para casa é consequência direta da qualidade do cuidado durante sua internação na UTI. A prevenção do *delirium* e da fraqueza muscular, juntamente com a humanização do cuidado, embasa as ações para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes após a alta da UTI.⁹

O *bundle* ABCDEF surge como uma ferramenta facilitadora para o diagnóstico e prevenção do *delirium*. A redução da incidência precisa ser considerada um indicador de qualidade e um alvo a ser alcançado, pois as medidas de melhoria de qualidade assistencial evidenciam benefícios maiores nos estudos.^{8,9} O efeito combinado das recomendações do PAD fornece a base para um padrão de atendimento qualificado para os pacientes em UTI, bem como a oportunidade de melhorar a assistência e a qualidade de vida dos pacientes pós-alta da UTI.

Observa-se que a organização do cuidado ao paciente crítico caminha para esse tipo de intervenção. Em 2018 a SCCM publicou a revisão do protocolo de sedação e analgesia,⁹ com importantes alterações, adicionando o protocolo de mobilização precoce e higiene do sono. Isso reforça a importância do nosso trabalho e da discussão com toda a sociedade de cuidado intensivo, para que possamos alcançar a excelência no tratamento de nossos pacientes.

As diretrizes elaboradas por sociedades especializadas em *delirium* têm auxiliado na implantação de cuidados baseados

em evidências e na evolução do trabalho em equipe. A proposta de mudança (implementação dos protocolos) tem sido progressivamente aceita pelo grupo, mas a adesão não é constante, o que vem ao encontro das dificuldades descritas na literatura. Esforços intensos, como educação permanente, grupos focais, encontros com equipe multiprofissional e valorização do trabalho exercido pelos gestores médicos e de enfermagem, parecem contribuir para mais engajamento da equipe aos protocolos, refletindo em melhores resultados a longo prazo para o paciente, para a família e para as instituições hospitalares.

CONCLUSÃO

A implementação precoce de conforto e analgesia usando cuidados mínimos de sedação e humanização é um conceito relativamente novo, que vem se consagrando nos últimos anos. A implantação do *bundle* ABCDEF é um desafio na realidade brasileira. Inúmeras barreiras previamente citadas somam-se à condição de hospital-escola, com pacientes de alta gravidade e dificuldades de comunicação entre as equipes, além de haver o receio frente às mudanças de rotina e de eventos adversos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Krupp A, Balas M. Application of Clinical Practice Guidelines for Pain, Agitation, and Delirium. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2016[citado em 2019 jan. 12];28(2):241-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27215361>
2. Ely E. The ABCDEF Bundle. *Crit Care Med.* 2017[citado em 2019 jan. 21];45(2):321-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28098628>
3. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily Interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med.* 2000[citado em 2019 jan. 12];342:1471-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10816184>
4. Girard T, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JWW, Schweickert WD, Pun BT, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2008[citado em 2019 jan. 12];371:126-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18191684>
5. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Kress JP, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009[citado em 2018 out. 03];373:1874-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19446324>
6. Pandharipande P, Banerjee A, McGrane S, Ely W. Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Crit Care.* 2010[citado em 2019 jan. 12];14(3):157. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911702/>
7. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ, et al. Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. *Crit Care Med.* 2014[citado em 2019 jan. 12];42(5):1024-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24394627>
8. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000. *Adults Crit Care Med.* 2019[citado em 2019 jan. 12];47(1):3-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30339549>
9. Devlin JW, Skrobik Y, Linas CG, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018[citado em 2019 jan. 12];46(9):e825-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30113379>