

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | **Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica**

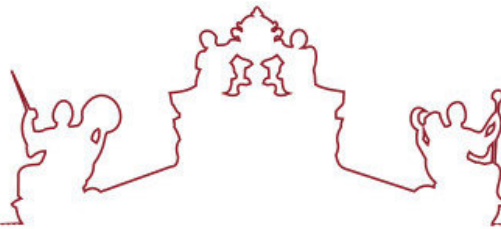
Relatório de Estágio

Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem

João Pedro da Silva Tavares

Orientador(es) | **Maria do Céu Mendes Pinto Marques**

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

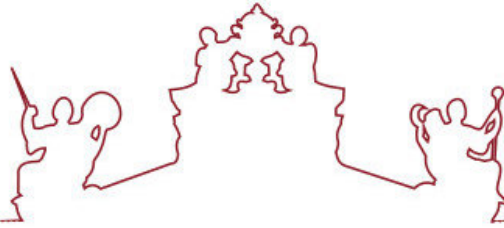
Relatório de Estágio

Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem

João Pedro da Silva Tavares

Orientador(es) | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
(Arguente)

Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques** pela orientação pedagógica, supervisão, disponibilidade, apoio, incentivo e contributo inigualável para a concretização dos projetos e deste percurso académico.

À **Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica AF** pela incansável orientação no Estágio Final, pela supervisão, disponibilidade, motivação, ajuda, reflexão, paciência e compreensão perante as limitações e dificuldades durante a última fase deste percurso. Obrigado pela amizade.

Ao **Enfermeiro Especialista AS** pela disponibilidade, discussão, reflexão e compreensão. Obrigado pela dedicação e acima de tudo pela paciência.

À **Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica BP** pela orientação no Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e pela supervisão, disponibilidade, ajuda e reflexão.

Muito obrigado pelos exemplos exímios de como um Enfermeiro Especialista deve ser exigente, dedicado aos doentes, aos familiares e aos seus alunos.

Ao **enfermeiro chefe da UCIP e a toda a equipa da UCIP** pelo acolhimento, disponibilidade, conhecimento, discussão e possibilidade do desenvolvimento de competências e do Projeto de Intervenção Profissional.

À **família** e aos **amigos**, pelo apoio durante este e outros percursos académicos e profissionais, pela amizade e força.

À **RP**, companheira fiel, amiga, paciente e compreensível. Obrigado pela ajuda e pelo amor incondicional. Orgulho em ter-te ao meu lado nesta aventura.

Muito obrigado.

RESUMO

Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem

A prevenção e a gestão do *delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos é um fator essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente crítico.

Durante o estágio final, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Profissional com o objetivo de promover a adequação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium*, através da uniformização da planificação dos cuidados de enfermagem sustentados pela evidência científica.

Utilizamos a Metodologia de Projeto como guia para o desenvolvimento do projeto e uma metodologia descritiva para a elaboração deste relatório. Elaborou-se um artigo científico, uma proposta de norma de orientação e uma formação em serviço para colmatar as necessidades identificadas para a problemática.

Procedemos à análise e reflexão crítica e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Doente Crítico, *Delirium*, Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Critically ill patient with delirium: nursing care planning

The prevention and management of *delirium* in the Intensive Care Unit is an essential factor for improving the quality of care and the safety of critically ill patients.

During the final clerkship, we developed a Professional Intervention Project to promote and adequate the nursing care of the critically ill patient with *delirium*, through the standardization of the planning of nursing care sustained on scientific evidence.

The Project Methodology was used as a guide for the development of the project and a descriptive methodology for the elaboration of this report. A scientific article, a proposal for a guideline and training was implemented to meet the needs identified for the problem.

We proceeded to a critical and grounded analysis and reflection on the process of acquisition and development of common and specific competences of the Medical-Surgical Nursing Specialist - The Person in Critical Situation and of the competences of Master in Nursing.

Keywords: *Critically Ill Patient, Delirium, Medical-Surgical Nursing.*

LISTA DE ABREVIATURAS

[E]-PRE-DELIRIC - *Early PREDiction model for DELIRium in Icu patients*

ABCDE - A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability*, E – *Exposure*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADR - Área de Doentes Respiratórios

AEEMC - Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APA - *American Psychological Association*

APACHE - *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

BMC - Balcão Médico-Cirúrgico

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAIFB - Centro Académico de Investigação e Formação Biomédico

CAM - *Confusion Assessment Method*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CFIC - Centro de Formação e Investigação Científica

CHU - Centro Hospitalar Universitário

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMFR - Centro de Medicina Física e de Reabilitação

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CVC - Cateter Venoso Central

DC - Decisão Clínica

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5

eCASH - *Early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care*

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECSP - Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EE - Enfermeiro(a) Especialista

EEMIH - Equipa de Emergências Médica Intra-Hospitalar

EEPSC - Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EF - Estágio Final

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

END - Escala Numérica da Dor

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ER - Enfermagem de Reabilitação

ERC - *Enterococcus* Resistente aos Carbapenemases

EVA - Escala Visual Analógica

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

GPT - Grupo Português de Triagem

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICDSC - *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify* [Identificação], *Situation* [Situação atual], *Background* [Antecedentes], *Assessment* [Avaliação] e *Recommendation* [Recomendações]

ITLS - *International Trauma Life Support*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

JCI - *Joint Comission Internacional*

LASA - *Look-Alike e Sound-Alike*

MeSH - *Medical Subject Headings*

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

MS - Ministério da Saúde

NOC - Norma de Orientação Clínica

OAF - Oxigenoterapia de Alto Fluxo

OBS - Unidade de Observação

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

ORL - Otorrinolaringologia

PADIS - *The Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PICOD - Participantes, Intervenção, Contexto, Resultados e Desenho

PIP - Projeto de Intervenção Profissional

PNQS - Plano Nacional para a Qualidade na Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRE-DELIRIC - *PREdiction of DELIRium in ICu patients*

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analyses*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência ao Antimicrobianos

RASS - *The Richmond Agitation and Sedation Scale*

RE - Relatório de Estágio

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SAPS II - *Simplified Acute Physiology Score II*

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Internamento Geral

SPIKES - *Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TML - *Tall-Man Lettering*

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT - Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UE - Universidade de Évora

UH - Unidade Hospitalar

UPP - Úlcera por Pressão

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE SIGLAS

et al. - e outros

n.º - número

p. - página

pp. - páginas

S/d - Sem data

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO	21
1.1. Centro Hospitalar Universitário na Região Sul do País	21
1.2. Serviço De Urgência Polivalente	23
1.2.1. Recursos físicos e materiais.....	24
1.2.2. Recursos humanos	27
1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados	30
1.3. Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente.....	33
1.3.1. Recursos físicos e materiais.....	34
1.3.2. Recursos humanos	37
1.3.3. Análise da gestão e produção de cuidados.....	38
2. ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	43
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	47
3.1. Problemática: Doente Crítico com <i>Delirium</i> e a Planificação de Cuidados de Enfermagem.....	48
3.2. Enquadramento Concetual e Teórico	50
3.2.1. Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos.....	51
3.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados	55
3.2.3. Doente crítico com <i>delirium</i>	59
3.2.4. Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com <i>delirium</i>	65
3.3. Diagnóstico de Situação e a Definição do Problema.....	69
3.4. Definição de Objetivos	78
3.5. Planeamento e Execução	79
3.6. Considerações Éticas	91

3.7. Avaliação e Resultados.....	92
3.8. Considerações Finais	98
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS....	100
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.....	102
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	123
CONCLUSÃO	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
APÊNDICES	CLXX
ANEXOS	CCLXXIX

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A - Projeto de Estágio do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	CLXXI
Apêndice B - Projeto de Estágio do Estágio Final	CLXXIII
Apêndice C - Proposta do Projeto de Intervenção Profissional.....	CLXXV
Apêndice D - Revisão Sistemática da Literatura: Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do <i>delirium</i> no doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos.....	CLXXVII
Apêndice E - Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional	CC
Apêndice F - Consentimentos e Questionários do Projeto de Intervenção Profissional	CCII
Apêndice G - Norma de Orientação Clínica: Doente Crítico com <i>Delirium</i> na UCIP: Planificação dos Cuidados de Enfermagem	CCXVIII
Apêndice H - Fluxograma do Doente Crítico com <i>Delirium</i> : Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP	CCXXXI
Apêndice I - Plano da Formação em Serviço: Doente Crítico com <i>Delirium</i> : Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP.....	CCXXXIII
Apêndice J - Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço: Doente Crítico com <i>Delirium</i> : Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP	CCXXXVII
Apêndice K - E-mail de Divulgação da Formação em Serviço: Doente Crítico com <i>Delirium</i> : Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP.....	CCXXXIX
Apêndice L - Formação em Serviço: Doente Crítico com <i>Delirium</i> : Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP	CCXLI
Apêndice M - Revisão Sistemática da Literatura: Benefícios da Metodologia <i>ABCDE</i> na Avaliação do Doente Crítico	CCXLVII
Apêndice N - Formação em Serviço: Avaliação do Doente Crítico - Metodologia <i>ABCDE</i> ...	CCLXIII
Apêndice O - Póster Ilustrativo: Avaliação do doente crítico - Metodologia <i>ABCDE</i>	CCLXIX
Apêndice P - Comunicação Oral: Avaliação do doente crítico - Metodologia <i>ABCDE</i>	CCLXXI
Apêndice Q - Comunicação Oral: Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do <i>delirium</i> no doente crítico na UCI	CCLXXIII

Apêndice R - Comunicação Oral: Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde CCLXXV

Apêndice S - Folheto Informativo: Cuidados de higiene com toalhetes de gluconato de clorhexidina 2% CCLXXVII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHU	CCLXXX
Anexo B - Autorização da Universidade de Évora.....	CCXCVII
Anexo C - Escala CAM-ICU <i>Flowsheet</i>	CCXCIX
Anexo D - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica	CCCI
Anexo E - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos	CCCIII
Anexo F - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no Congresso Internacional de Literacias no Século XXI.....	CCCXV
Anexo G - Certificado de Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica	CCCVII
Anexo H - Certificado de Participação no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar	CCCIX
Anexo I - Certificado de Participação no VI Simpósio de enfermagem 2021	CCCXI
Anexo J - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos	CCCXIII
Anexo K - Certificado de Participação no Workshop sobre Oxigenoterapia de Alto Fluxo de Ventilação Não Invasiva	CCCXV
Anexo L - Certificado de Participação <i>Master Class</i> sobre Via Aérea Difícil	CCCXVII
Anexo M - Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida	CCCXIX
Anexo N - Certificado do Curso de <i>International Trauma Life Support</i>	CCCXXI
Anexo O - Certificado do Estágio de Observação na VMER.....	CCCXXIII
Anexo P - Certificado do Curso de Triage de Prioridades na Urgência.....	CCCXXV
Anexo Q - Certificado do Estágio de Observação na GCL - PPCIRA	CCCXXVII
Anexo R - Certificado de Participação no Workshop sobre Infecção do Local Cirúrgico	CCCXXIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 - <i>Esquema dos diferentes tipos de delirium</i>	61
Figura n.º 2 - <i>Adaptação própria da Escala CAM-ICU flowsheet</i>	65
Figura n.º 3 - <i>Análise SWOT da UCIP</i>	71
Figura n.º 4 - <i>Diagnósticos de enfermagem para o doente crítico com delirium segundo a taxonomia da CIPE</i>	83
Figura n.º 5 - <i>Fluxograma do “Doente crítico com delirium: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP”</i>	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - <i>Ilustração do número de atendimento por tipologia do SU no CHU.</i>	31
Gráfico n.º 2 - <i>Episódios de urgência segundo a Triagem de Prioridades de Manchester.</i>	32
Gráfico n.º 3 - <i>Percentagem de doentes na UCIP (por género) com avaliação positiva na escala CAM-ICU.</i>	72
Gráfico n.º 4 - <i>Percentagem de doentes na UCIP com diagnósticos de enfermagem no plano de cuidados face ao delirium.</i>	73
Gráfico n.º 5 - <i>Percentagem de doentes na UCIP com intervenções de enfermagem no plano de cuidados face ao delirium.</i>	73
Gráfico n.º 6 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre o delirium mais frequente na UCIP.</i>	75
Gráfico n.º 7 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre a dificuldade em aplicar a escala CAM-ICU.</i>	75
Gráfico n.º 8 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre as condicionantes para a implementação de estratégias não farmacológicas para o delirium.</i>	76
Gráfico n.º 9 - <i>Respostas da equipa de enfermagem à questão: “A planificação de cuidados de enfermagem é uma mais valia para a organização do trabalho e para a intervenção aos doentes?”</i>	77
Gráfico n.º 10 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre a pertinência da definição de diagnósticos de enfermagem para o delirium e as suas respetivas intervenções.</i>	77
Gráfico n.º 11 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre a frequência de formação sobre delirium.</i>	77
Gráfico n.º 12 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre os subtipos de delirium mais comuns na UCI.</i>	94
Gráfico n.º 13 - <i>Respostas da equipa de enfermagem sobre a importância da CAM-ICU para detetar o delirium.</i>	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 - <i>Atendimentos nas tipologias do SU do CHU</i>	31
Tabela n.º 2 - <i>Monitorização diária do SUP do CHU</i>	32
Tabela n.º 3 - <i>Resumo das principais estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do delirium.</i>	68
Tabela n.º 4 - <i>Critérios para o diagnóstico de enfermagem – Risco de delirium</i>	84
Tabela n.º 5 - <i>Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem de “Risco de delirium”</i>	84
Tabela n.º 6 - <i>Critérios para os diagnósticos de enfermagem – Delirium hiperativo, Delirium hipoativo e Delirium misto.</i>	85
Tabela n.º 7 - <i>Conjunto de intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem de Delirium hiperativo, hipoativo e misto (para o sistema informático B-ICU Care®).</i>	86
Tabela n.º 8 - <i>Intervenções de enfermagem e descrição das atividades que concretizam as intervenções para os diagnósticos de enfermagem de Delirium hiperativo, hipoativo e misto.</i> 86	
Tabela n.º 9 - <i>Dados estatísticos dos questionários de avaliação da formação e do formador.</i> 95	
Tabela n.º 10 . - <i>Lista de verificação do cumprimento da proposta da NOC</i>	97
Tabela n.º 11 - <i>Escala para a Avaliação dos Resultados da Conformidade da proposta da NOC</i>	98

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio (RE), inserida no ano letivo 2021/2022 do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) - A Pessoa em Situação Crítica (PSC) na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora da Universidade de Évora (UE) em parceria com os Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e de Setúbal, foi-nos proposta a realização de um RE que incluía a concretização do Projeto de Intervenção Profissional (PIP) do Estágio Final (EF) e uma análise e reflexão crítica e fundamentada de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências (comuns, específicas e de mestre) ao longo do Mestrado.

O Mestrado em Associação foi criado em 2016 sob a acreditação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e posteriormente pela Direção-Geral do Ensino Superior. A concessão do grau de mestre é feita mediante a aprovação de todas as UC do Mestrado e pela elaboração de um RE de natureza profissional e especialização, com discussão e prova pública. Para isso, foi necessário frequentarmos estágios de natureza profissional em diferentes contextos de acordo com a área de especialização (UE, 2015; Freitas et al., 2017).

O campo de estágio selecionado para o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) foi o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), com início a 17 de maio de 2021 e terminou a 1 de julho de 2021, com a duração total de 144 horas, realizado sob supervisão e orientação clínica da Enfermeira Especialista (EE) em EMC BP.

O EF foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), com início a 11 de outubro de 2021 e término a 6 de fevereiro de 2022, com a duração total de 336 horas, com supervisão e orientação clínica da Mestre e EE EMC - PSC AF.

Além dos estágios previstos no Regulamento do Mestrado em Associação (Freitas et al., 2017), realizámos dois estágios de observação que complementaram o desenvolvimento de competências. O primeiro estágio de observação foi na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que integra um dos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no qual foram realizados quatro turnos (32 horas). O segundo estágio de observação foi no Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de

Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) de um Grupo Hospitalar Privado do Sul, com a duração de 16 horas e divididos em dois turnos.

Os estágios curriculares, estágios de observação e a UC RE tiveram a orientação pedagógica da Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques.

No início de cada estágio elaboramos documentos orientadores denominados de Projetos de Estágio (Apêndice A e Apêndice B), onde foram definidos os objetivos, atividades a concretizar e indicadores de avaliação das atividades para o desenvolvimento e aquisição das competências, tendo por base os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EE EMC-PSC bem como as competências de Mestre em Enfermagem (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018; OE, 2018; OE, 2019a).

No decorrer do EF, desenvolvemos um PIP (Apêndice C) relativo à planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O PIP foi desenvolvido e concretizado a partir das diferentes etapas da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010).

No decorrer do desenvolvimento do PIP, tivemos em consideração as implicações éticas do mesmo, pelo que para a sua realização, solicitamos autorização ao Conselho de Administração do local de estágio (Anexo A) e da UE (Anexo B), com parecer positivo.

O RE e respetivo PIP tem como título “Doente crítico com *delirium*: planificação de cuidados de enfermagem” e está de acordo com a linha de investigação “*Segurança e qualidade de vida*” na área do “*Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico*”, indo de encontro com as recomendações para o RE para a EMC-PSC. A partir do PIP, elaboramos um artigo científico, sob a forma de revisão sistemática da literatura (RSL) e com o título: “*Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos*” (Apêndice D).

O *delirium* é uma condição comum na UCI e com elevadas taxas de prevalência e incidência em todo o mundo. Segundo dados internacionais, mais de 87% dos doentes internados em UCI podem vir a desenvolver *delirium*. A prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, como o aumento do declínio funcional e cognitivo, o aumento do tempo de necessidade

de ventilação mecânica invasiva (VMI) e do tempo de internamento (Mitchell et al., 2018; Liang et al., 2021; Rahimi-Bashar et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

A prevenção e a gestão do *delirium* é um desafio crescente para os profissionais de saúde, sendo necessária uma abordagem multimodal com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021). Desta forma, o *delirium* é uma condição multifatorial preocupante, não recente e com repercussões para o doente, sendo necessária uma intervenção precoce e atempada para prevenir, identificar e gerir esta condição.

Posto isto, depreendemos que a prevenção e a gestão do *delirium* na UCI é um fator essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o bem-estar do doente crítico e da sua família. Na prática atual da UCIP, o *delirium* era apenas identificado, mas não existia uma uniformização na planificação dos cuidados de enfermagem. Deparamos que apenas existia uma referência ao mesmo como uma monitorização através da escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. Face a isso, refletimos sobre a necessidade de realizar uma análise retrospectiva sobre a prevalência, incidência e planificação de cuidados de enfermagem para os doentes críticos com *delirium* neste contexto. Posteriormente, definimos um conjunto de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem associadas a este mesmo para dar resposta à necessidade identificada.

Benner (2001) advoga que a tomada de decisão é desenvolvida através do pensamento crítico, sendo um fator chave para o sucesso da prática da enfermagem e para o desenvolvimento da enfermagem como ciência. Esta autora publicou a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, evidenciando que existem áreas do pensamento e ação em situação crítica, divididas em domínios, proporcionando um guia para o pensamento e abordagem à PSC e para o EE EMC - PSC (Benner et al., 2011).

O pensamento e o juízo clínico tornam-se essenciais para o EE, nomeadamente na área da PSC, para agir em situações ambíguas e imprevisíveis, sendo crucial que exista uma ligação entre o pensamento e a ação para dar respostas às necessidades encontradas na prática clínica complexa e especializada (Benner et al., 2011).

A Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos advoga que, para o EE desenvolver perícia na área da PSC, é essencial desenvolver habilidades e domínios de

competência específicos e altamente complexos que advém da evidência científica e da experiência (Benner et al., 2011).

Como base deste PIP, utilizamos a teoria de Benner et al. (2011) como guia no nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências e para a reflexão crítica deste RE.

Neste documento, pretendemos, como objetivo geral, sumarizar toda a aprendizagem decorrente do percurso académico e profissional, fundamentando cada etapa.

Posto isto, delineamos para este RE os seguintes objetivos específicos:

- Efetuar a apreciação dos contextos clínicos onde decorreram os estágios;
- Explanar o processo e as etapas do desenvolvimento do PIP;
- Refletir sobre a utilização do modelo concetual selecionado para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências;
- Analisar, de modo crítico e fundamentado, todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências ao longo do percurso académico.

O presente RE encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a apreciação dos contextos clínicos dos estágios realizados durante o Mestrado, focando nos recursos físicos, materiais e humanos, e especialmente, no EF, sobre a análise da gestão e produção de cuidados no local do estágio. O segundo capítulo compreende uma fundamentação da especialidade em EMC e da área de especialização PSC. No terceiro capítulo abordamos a problemática identificada no EF, realizámos um enquadramento concetual e teórico da teoria selecionada, o diagnóstico de situação, os objetivos propostos, o planeamento e execução, as considerações éticas e por fim, a avaliação, resultados e considerações finais do PIP. O quarto capítulo expõe a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEEMC-PSC e das Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015; OE, 2018; OE, 2019a). O último capítulo apresenta uma breve conclusão de todo o percurso desenvolvido.

Tivemos em consideração, ao longo do presente RE, o respeito pelo princípio da segurança e do anonimato, protegendo a identidade das instituições de saúde onde foram realizados os estágios. Assegurámos a confidencialidade e a proteção dos dados dos doentes e dos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

Como sustentação deste RE, pretendemos recorrer à evidência mais recente em bases de dados científicas e a pesquisa será sobre a investigação mais recente e reconhecida. Este RE foi elaborado segundo as normas de elaboração do RE da UE. A redação do presente documento segue o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. As referências bibliográficas estão apresentadas de acordo com a 7.ª edição da *American Psychological Association (APA)* (APA, 2020).

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO

Os estágios do Mestrado decorreram em dois contextos clínicos diferentes. Como referimos anteriormente, o EEPSC decorreu no SUP e o EF desenvolveu-se na UCIP.

Neste capítulo apresentamos uma descrição da instituição dos estágios e uma caracterização dos diferentes contextos clínicos, dando ênfase aos recursos físicos, materiais e humanos distintamente. No final, damos enfoque à análise da gestão e produção de cuidados de cada contexto de estágio. Para efeitos de anonimato e confidencialidade, não apresentaremos a identidade do centro hospitalar e dos dois contextos de estágio, sendo criados nomes fictícios apropriados para o efeito (o centro hospitalar será designado de CHU e os contextos de estágios de SUP e UCIP).

1.1. Centro Hospitalar Universitário na Região Sul do País

O CHU é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo a única instituição pública hospitalar nesta região do País, reorganizada em 2017 (CHU, 2020a).

O CHU é composto por três unidades hospitalares (UH) - UH1, UH2 e UH3 - sendo a sua sede na UH1. É ainda constituída por um Centro de Medicina Física e de Reabilitação (CMFR) e por quatro Serviços de Urgência Básica (SUB) (CHU, 2020a).

A instituição assegura a prestação de cuidados na região Sul do País (16 concelhos), podendo ainda abranger os concelhos do Alto Alentejo. A instituição dá resposta às necessidades de cuidados de saúde de uma população de cerca de 450.000 habitantes (sendo um número que pode triplicar na época turística) (CHU, 2020a).

O CHU centra-se no doente, ensino, formação e na investigação, com várias áreas médicas, com recursos avançados, equidade e universalidade de acesso à assistência e satisfação por parte dos doentes e dos profissionais de saúde (CHU, 2020a).

A missão do CHU compreende a investigação e o ensino, sendo uma instituição de referência, com uma articulação com uma Universidade da Região Sul e com um Centro Académico de Investigação e Formação Biomédico (CAIFB). A mesma instituição incentiva a formação contínua dos profissionais de saúde através do Centro de Formação e Investigação Científica (CFIC) do CHU (CHU, 2020a).

A visão da instituição centra-se na *“excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, a criação de valor em saúde para os seus utentes e a relevância nacional e internacional da investigação em saúde, em estreita colaboração com a academia”* (CHU, 2020a, p.7).

O CHU está organizado em sete departamentos, tendo cada departamento uma direção médica, uma chefia de enfermagem ou a coordenação por um técnico superior de saúde. Os departamentos são os seguintes: *“Departamento Médico; Departamento Cirúrgico; Departamento da Criança, Adolescente e da Família; Departamento da Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana; Departamento da Psiquiatria e Saúde Mental; Departamento Clínico de Serviços Tecnológicos e Terapêuticos; Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos”* (CHU, 2020a, p. 34).

Em termos de número de camas, o CHU possui 995 camas na totalidade de todas as UH, sendo possível atingir as 1025 em situações de exceção por necessidade de contingência (camas supletivas). Na UH1 existem 666 camas (582 camas e 30 camas supletivas), na UH2 existem 319 camas (288 camas, 31 camas no Berçário e Cuidados Paliativos, e 0 camas supletivas) e a UH3 tem na totalidade 40 camas de internamento (CHU, 2020a).

No CHU trabalham vários grupos profissionais, num total de 4774, estando divididos nos seguintes grupos: Assistente Operacional, Assistente Técnico, Enfermagem, Informática, Medicina, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde e outros (CHU, 2021a).

Em 2020 existiu um crescimento da necessidade de contratação face aos anos anteriores, pelo crescimento da população na Região Sul e pela situação pandémica, o que implicou um acréscimo de 244 profissionais de saúde efetivos ao CHU. Por grupo profissional, observamos que a Enfermagem centraliza o maior número (1.725) e depois os Assistentes Operacionais (1.177) (CHU, 2021a).

Seguidamente iremos realizar uma apreciação dos contextos clínicos onde realizámos os estágios, nomeadamente o SUP e a UCIP. Ainda, iremos realizar uma análise da gestão e produção dos cuidados em cada contexto, tendo em consideração o enquadramento legal inerente aos mesmos.

1.2. Serviço De Urgência Polivalente

O Serviço de Urgência (SU) permite a *“recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”*. Existem diferentes tipologias de SU, como o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), SUP e o SUB (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p.1).

Na sua generalidade, o SU é um serviço que integra múltiplas valências médicas e cirúrgicas, com várias áreas de resposta, como: os balcões de atendimento, área de decisão clínica, área de Cirurgia/Ortopedia e a Sala de Emergência (SE). O SU tem como objetivo dar resposta às diversas necessidades urgentes e emergentes dos seus doentes, pelo que existem equipas multidisciplinares compostas por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos e outros elementos que trabalham de forma contínua para possibilitar a resposta atempada a altas afluências de doentes e familiares (ACSS, 2015; Silva, 2015).

O SU do CHU é composto por um SUP, um SUMC e por quatro SUB, contemplando os três níveis de atendimento de urgência (Ministério da Saúde [MS], 2014).

O EEPSC decorreu em contexto de SUP na UH1. O Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do CHU na UH1 é constituído pelo SUP, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), três SUB, duas VMER e as Viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV). O SMI integra a Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT), a SE (que é parte da SUP) e a UCIP.

O SUP é o nível de atendimento urgente mais diferenciado para dar resposta a situações de Urgência e/ou Emergência, sendo considerado de nível III, pois embarca uma vasta abrangência de especialidades, desde o Pré-Hospitalar, Cuidados Intensivos, valências médicas

e cirúrgicas complexas. Apesar disso, não inclui as valências de Cirurgia Cardiorádica, Maxilo-Facial e Cirurgia Vasculard, existindo apenas colaboração e articulação com os hospitais de referência quando é necessário apoio inter-hospitalar (MS, 2014).

Relativamente às valências, o SUP do CHU dispõe de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Anestesiologia, Bloco Operatório, Gastroenterologia, Cardiologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Medicina Intensiva, Imagiologia, Patologia Clínica e apoio por parte dos serviços de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (ORL) e Urologia. São prestados cuidados de saúde em situação de urgência e emergência aos doentes e famílias todos os dias do ano e durante 24 horas por dia (CHU, 2020a).

1.2.1. Recursos físicos e materiais

O SUP localiza-se no Piso 2 do edifício principal da UH1, estando dividido em 3 áreas: área administrativa, área de prestação de cuidados e a área de apoio.

A área administrativa integra um posto de atendimento, secretariado, gabinetes (da enfermeira chefe e do diretor clínico), uma sala de reuniões/pausa e o núcleo de transporte. A área de apoio inclui uma copa, um armazém clínico, uma sala de sujod, casas de banho para doentes e profissionais de saúde, sala de arrumos de espólios, salas técnicas e salas de espera.

A situação pandémica exigiu uma mudança na área de prestação de cuidados, tendo sido criados postos de trabalho específicos para doentes com sintomatologia respiratória (tosse, febre e/ou dispneia) que possam ser suspeitos ou casos confirmados de Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). Atualmente, a área de prestação de cuidados é constituída por:

- **Área de Triagem:** Apresenta dois postos distintos onde é realizada a triagem dos doentes através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester.
- **Sala de Diretos/SE:** Sala de prestação de cuidados complexos, constituída por duas áreas principais e uma área suplementar para vigilância e monitorização contínua

de doentes em observação. Cada área está equipada com cama articular, carro de medicação e material de punção, ventilador portátil, monitor de parâmetros multifunções, aquecedor de soros, rampa de oxigénio, rampa de ar comprimido, bombas infusoras e seringas infusoras. Existem *kits* preparados para vários procedimentos complexos (pericardiocentese, drenagem torácica, toracocentese diagnóstica/evacuadora, abordagem ao doente queimado, *Continuous Positive Airway Pressure* [CPAP] *Boussignac*, via área difícil, colocação de cateteres [venosos, venosos centrais e arteriais], algaliação difícil e *kit* de parto), mala da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), mala de transporte (constituída por material de procedimentos e terapêutica) e monitor de parâmetros de transporte.

- **Antecâmara:** Área de apoio para transferências e observação inicial de doentes muito urgentes e emergentes.
- **Balcão de Atendimento Médico:** Local constituído por seis divisões, separadas por cortinas ou paredes, para observação dos doentes por parte da equipa médica.
- **Balcão Médico-Cirúrgico 1 (BMC1):** Local de prestação de cuidados de doentes autónomos ou parcialmente dependentes, que podem ficar sentados e eventualmente deitados por necessidade e conforto.
- **Área de Decisão Clínica (DC):** Área que engloba o Balcão Médico-Cirúrgico 2 (BMC2), a Unidade de Observação (OBS) e o Internamento Geral (SO). Neste local permanecem os doentes acamados que recorreram ao SU, os doentes em observação e monitorização contínua e os doentes internados pelas especialidades médicas e cirúrgicas por ausência de vagas nos internamentos.
- **Área de Pequena Cirurgia:** Apresenta duas salas para a prestação de cuidados a doentes com patologia cirúrgica (observação de doentes, realização de suturas e procedimentos de pequena cirurgia).
- **Sala de Otorrinolaringologia (ORL) e Oftalmologia:** Sala para observação de doentes por parte das especialidades de ORL e Oftalmologia.

- **Área de Ortopedia:** Apresenta uma sala com gabinetes médicos e uma área para a prestação de cuidados a doentes com patologias orto-traumatológicas (colocação e remoção de talas gessadas, redução de luxações e observação de vítimas politraumatizadas em plano duro e com colar cervical).
- **Área de Triagem da Área de Doentes Respiratórios (ADR):** Local onde é realizada a admissão e a triagem dos doentes suspeitos com sintomatologia respiratória ou doentes confirmados para a doença SARS-CoV-2, através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Apresenta também um contentor como sala de espera e observação para determinar a necessidade de tratamento imediato em isolamento próprio.
- **Área de Doentes Respiratórios/Contentor de Decisão Clínica 2 (ADR/DC2):** Contentor dedicado a doentes suspeitos e/ou confirmados para a doença SARS-CoV-2, com dez divisões (*box*), preparadas com maca, casa de banho, lavatório e monitor multifunções para observação médica, vigilância, tratamento e a aguardar internamento na UCIP, UCINT ou Internamento dedicado a SARS-CoV-2.

Os registos de enfermagem são realizados através do sistema informático *Alert*[®], com versatilidade para as necessidades dos diferentes postos de trabalho do SUP. O sistema informático *Alert*[®] facilita a gestão dos doentes (obtenção da localização dos doentes), a parametrização dos sinais vitais, a visualização de exames complementares de diagnósticos, a validação da administração de terapêutica, a necessidade de realizar procedimentos e a realização de registos de enfermagem.

Ainda, é utilizado o sistema informático *SClínico*[®] para realizar os registos de enfermagem dos doentes internados temporariamente em regime de SO e que aguardam vaga no internamento médico e/ou cirúrgico.

1.2.2. Recursos humanos

A nível de recursos humanos, o SUP tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar diferenciada, composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros.

A equipa de enfermagem é constituída por oitenta e sete enfermeiros, dos quais fazem parte a enfermeira chefe e os enfermeiros chefes das equipas do SUP. No momento do estágio não existia um enfermeiro substituto para a ausência da enfermeira chefe.

A enfermeira chefe do SUP é responsável pela gestão dos recursos (humanos e materiais) do serviço. Na sua ausência, o serviço fica à responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa que está escalado nesse turno.

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por cinco equipas (até treze elementos), chefiadas por um EE e na sua ausência existe um elemento de referência selecionado pelo anterior para a sua substituição.

Existem setenta e quatro enfermeiros de cuidados gerais, três EE em Enfermagem de Reabilitação (ER), quatro EE em EMC e seis EE em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECSP).

Dado a necessidade de promover a comunicação entre os familiares e a equipa de saúde, foram criados elos de ligação sob a forma de uma equipa com dois enfermeiros. A equipa de enfermagem da Comunicação à Família é responsável por informar os familiares dos doentes, que permanecem várias horas e/ou dias em observação no SUP, sobre a evolução do tratamento ou do internamento.

Existem dez enfermeiros com horário flexível e dez enfermeiros ausentes por motivos de gravidez, puerpério, doença ou baixa médica.

Os enfermeiros chefes de equipa devem ser detentores de uma especialidade em Enfermagem. Os mesmos são responsáveis pela gestão de própria equipa, nomeadamente pela distribuição dos elementos pelos diferentes postos de trabalho, gestão das transferências dos doentes para o domicílio e/ou internamento e gestão de conflitos.

A distribuição da equipa de enfermagem do turno é de acordo com um plano de distribuição pré-determinado pelo enfermeiro chefe de equipa. Habitualmente, a distribuição da equipa de enfermagem do turno é da seguinte maneira:

- **Chefe de equipa de enfermagem:** um EE ou enfermeiro substituto;
- **Área de Triagem:** um enfermeiro com curso de Triagem de Manchester (o outro posto de trabalho de triagem pode ser assumido por um médico de balcão);
- **SE:** um enfermeiro para o posto de trabalho de emergência com curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) ou SIV e cursos de abordagem ao doente politraumatizado; um enfermeiro responsável pelos doentes com ativação das Vias Verdes e Antecâmara;
- **BMC1:** dois enfermeiros responsáveis pelos cuidados a doentes independentes ou parcialmente dependentes (com necessidade de permanecer num cadeirão ou cadeira de rodas);
- **BMC2:** um ou dois enfermeiros responsáveis pelos cuidados a doentes com necessidade de permanecer em maca;
- **OBS:** um enfermeiro responsável por doentes com necessidade de monitorização contínua e atuação urgente;
- **SO:** um ou dois enfermeiros (dependente do número de doentes internados), responsáveis pela prestação de cuidados aos doentes a aguardar vaga no internamento;
- **Área de Pequena Cirurgia:** um enfermeiro responsável pelos cuidados aos doentes do foro cirúrgico em observação ou a aguardar vaga no internamento cirúrgico;
- **Área de Ortopedia, ORL e Oftalmologia:** um enfermeiro responsável pelos cuidados a doentes com patologia orto-traumatológica em observação ou a aguardar vaga no internamento de ortopedia;
- **Área de Triagem da ADR:** um enfermeiro com curso de Triagem de Manchester, que pode ajudar no Contentor DC2 ou nos restantes postos de trabalho;
- **Contentor DC2:** um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados a doentes suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2.

Os cuidados de enfermagem são assegurados por turnos rotativos e/ou fixos de 12 horas (turno da manhã das 08:00 – 20:30 horas e o turno da noite das 20:00-08:30 horas), com carga

horária semanal de 35 horas, pelo que em cada turno existe no mínimo treze e no máximo quinze enfermeiros alocados pelos diferentes postos de trabalho.

Existem normas de dotações seguras para os SU, que foram adaptadas para casuística e fluxos de procura diários do SU, mas apenas é possível calcular a dotação segura por posto de trabalho. Apesar disso, não é possível consensualizar essa dotação, pela imprevisibilidade da afluência desta tipologia de serviço hospitalar (OE, 2019b).

Está previsto que o posto de triagem deve ser assegurado por um enfermeiro com formação específica em Triagem de Prioridades, sendo que nos SU de adultos, este posto deve ser ocupado, preferencialmente, por um EE EMC-PSC. O posto da SE deve ser assegurado por um EE EMC-PSC. As equipas de enfermagem, de uma forma geral, devem ter na sua constituição pelo menos 50% de EE EMC-PSC com formação em SAV. Ainda, encontra-se preconizado que no posto de Internamento Geral (SO), a dotação mínima de enfermeiros deverá ser a mesma que é atribuída para as UCINT (OE, 2019b).

Relativamente ao método de trabalho realizado pelos enfermeiros do SUP, neste serviço é utilizado o método individual de trabalho, nunca descurando o espírito de equipa e de interajuda.

A equipa médica do SUP é constituída por médicos de várias valências, como Medicina Geral e Familiar ou de Clínica Geral (entre 3 a 6 médicos escalados em turnos de 12 e/ou 24 horas), Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia.

Existe o apoio permanente de especialistas de Anestesiologia, Ginecologia/Obstetrícia, Cardiologia, Nefrologia, Urologia e Neurologia. As valências de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia e Psiquiatria têm horário específico, que na sua ausência, requerem a referência dos doentes para hospitais centrais diferenciados.

A SE conta com uma equipa médica própria, constituída por médicos da UCIP, escalados em turnos de 12 e/ou 24 horas. Existe o apoio permanente da Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia, Nefrologia e Cardiologia, para dar resposta às Vias Verdes em vigor na UH1 (Via Verde AVC, Via Verde Sepsis, Via Verde Trauma e a Via Verde Coronária).

O SUP conta com o apoio de uma equipa de vinte e cinco assistentes operacionais, distribuídos pelas cinco equipas de enfermagem, de uma equipa de assistentes administrativos, funcionários do serviço de limpeza, seguranças, técnicos de dietética e nutrição, serviços farmacêuticos, serviço social, serviço de informática, núcleo de transportes e técnicos de manutenção.

1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados

A atividade assistencial realizada pelo CHU é condicionada e afetada por fatores externos e internos da instituição, como a falta de recursos humanos e a incapacidade de resposta atempada para as necessidades da população que abrange (CHU, 2021a).

O efeito da pandemia na atividade assistencial levou à diminuição do número de consultas externas (-7%), à diminuição do número de intervenções cirúrgicas (-21%) e à redução do número de exames complementares de diagnóstico realizados no hospital e fora do hospital. Apesar disso, existiu um aumento no número de internamentos domiciliários e da atividade ambulatória domiciliária (expressada na criação de equipas domiciliárias para apoio, internamento remoto e reabilitação física e psicológica) (CHU, 2021a).

Verificou-se uma quebra de 14% no número de altas hospitalares, com uma diminuição da taxa de ocupação hospitalar (de 90,7% para 78,5%, relativamente ao ano de 2019 e 2020, respetivamente). Por motivos de segurança em contexto pandémico e para aliviar as estruturas do CHU para dar resposta a situações agudas, foram utilizadas as estruturas dedicadas à reabilitação para colmatar essa necessidade (CHU, 2021a).

Relativamente à atividade cirúrgica do CHU, em 2020 realizaram-se menos 21% de intervenções cirúrgicas relativamente ao ano de 2019, com impacto mais assertivo na atividade cirúrgica programada. Face a esta problemática, verificou-se um aumento significativo no número de doentes em lista de espera para intervenção cirúrgica (mais 2.672 doentes do que no ano de 2019) (CHU, 2021a).

Reportando para o SU, no ano de 2020, existiram 254.602 atendimentos de urgência no CHU, nas várias tipologias do SU, sendo que 92% dos episódios de urgências não resultaram em internamento (233.681 episódios no total) (Tabela n.º 1) (CHU, 2021a).

Tabela n.º 1

Atendimentos nas tipologias do SU do CHU.

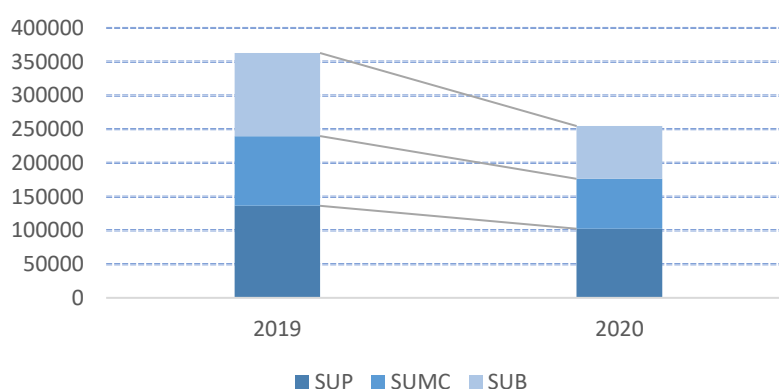
	2019	2020	Varição (%)
Nº. total de atendimentos de urgência	361.899	254.602	-30%
Nº. de atendimentos - urgência (sem internamento)	339.137	233.681	-31%
Média de urgências por dia	994	698	-30%
Percentagem de atendimentos urgentes com internamento	7%	8%	25%

Fonte: Adaptado do CHU (2021, p.69).

No ano de 2020 verificámos uma redução acentuada no número de atendimentos em todas as tipologias de SU desta instituição (decréscimo de 28,9%). Existiram, em média, menos 300 episódios de urgência por dia, comparativamente ao ano de 2019, relacionando este facto à situação pandémica atual e sendo mais evidente na tipologia SUB. O gráfico n.º 1 ilustra o número total de atendimentos de urgência nos anos de 2019 e 2020 em cada tipologia de SU, evidenciando o decréscimo referido anteriormente (CHU, 2021a).

Gráfico n.º 1

Ilustração do número de atendimento por tipologia do SU no CHU.



Fonte: CHU (2021a, p.69).

No SUP houve uma redução no número total de atendimentos entre 2019 e 2020. Apesar disso, existiu um acréscimo no número total de episódios com internamento na instituição, no

tempo entre a admissão e a triagem, no tempo entre a triagem e a primeira observação médica e ainda na média de tempo de permanência no SUP (Tabela n.º 2) (MS, 2022).

Tabela n.º 2

Monitorização diária do SUP do CHU.

	2019	2020
Nº. total de atendimentos de urgência	90.628	88.253
Nº. de episódios com internamento	12.601	12.911
Tempo entre admissão e a triagem	317 minutos	10 minutos
Tempo entre triagem e a 1ª observação médica	58 minutos	38 minutos
Média de tempo de permanência no SUP	235 minutos	333 minutos

Fonte: Adaptado do MS (2022).

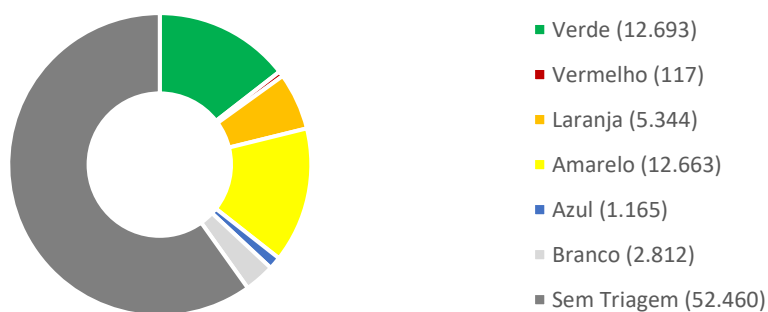
O gráfico n.º 2 espelha os episódios de urgência do SUP e a respetiva triagem dos doentes de acordo com a Triagem de Prioridades de Manchester no período de 2020 (MS, 2022).

Constatámos que no ano de 2020 foram triados mais doentes com prioridade pouco urgente (pulseira verde) do que prioridade urgente (pulseira amarela) e muito urgente. Existem um crescimento exponencial da população da Região Sul, levando a que as várias respostas do SNS na região não tenham capacidade para dar resposta à população.

Refletimos que existe um excesso na utilização dos recursos urgentes para situações que podem ser atendidas em contexto de cuidados de saúde primários, mas, pela fraca resposta dos mesmos na região Sul, os doentes acabam sendo referenciados para o CHU de forma desadequada e inapropriada (CHU, 2021a).

Gráfico n.º 2

Episódios de urgência segundo a Triagem de Prioridades de Manchester.



Fonte: Adaptado do MS (2022).

Partindo para a gestão dos recursos humanos do SUP, segundo o Diário da República n.º 184/2019, preconiza-se que, pelo menos metade dos enfermeiros das equipas dos SU devem ser possuidores de competências específicas na área da PSC, nomeadamente Especialidade em EMC - PSC. Neste caso, não é possível constatar essa exigência, uma vez que, dos oitenta e sete enfermeiros do SUP, apenas quatro são EE EMC (três em função de chefia de equipa) (OE, 2019b).

Quanto à formação dos enfermeiros, o mesmo despacho reforça que os enfermeiros do SU devem contemplar obrigatoriamente formação em SAV (OE, 2019b).

Olhando para a realidade do SUP, constatámos que é um serviço exigente e com enfermeiros recém-licenciados e sem curso de SAV ou formação sobre o doente crítico. Torna-se imperativo que a chefia idealize um plano de formação em direção às recomendações do preconizado pela OE (2019b) e gira os seus recursos face às necessidades dos doentes.

1.3. Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente

As UCI estão integradas nos SMI, que têm como objetivo a vigilância e o tratamento de doentes críticos, independentemente do local onde se encontram no hospital. Estes serviços integram doentes com situações clínicas potencialmente reversíveis, com necessidade de monitorização contínua e apoio às funções vitais, sendo assim necessário a existência de equipas médicas e de enfermagem especializadas e treinadas para a prestação de cuidados ao doente crítico de forma ininterrupta. São ainda serviços dotados de recursos materiais e tecnológicos avançados e atualizados (ACSS, 2013).

Existem três tipologias de UCI: a UCI Pediátricos, a UCIP e as UCI Monovalentes/Especializadas (subdivididas em UCI Coronárias, UCI Neurocríticos, Unidade de Queimados e a UCI Cardiorácica) (Paiva et al., 2017).

Segundo a Ordem dos Médicos (OM) (2018), as UCI podem ser classificadas em três níveis:

- **Nível I** (camas destinadas a doentes com necessidade de monitorização não invasiva ou parcialmente invasiva; limitadas ao uso de ventilação não invasiva [VNI] e para o tratamento de curta duração);
- **Nível II** (camas destinadas a doentes com necessidade de monitorização invasiva, com disfunção de apenas uma função orgânica, podendo ser necessário recorrer à VMI);
- **Nível III** (camas destinadas a doentes com mais do que duas disfunções orgânicas, facilmente ameaçadoras das funções vitais).

O EF decorreu na UCIP da UH2 do CHU que pertence ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos que é constituído pelo SUMC, o SMI, uma SUB, uma VMER e uma Viatura de SIV. O SMI inclui a UCINT, a SE (que é parte da SUMC) e a UCIP.

A UCIP localiza-se no Piso 1 do edifício principal da UH2, perto do SUMC, SE, Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Imuno-Hematologia, Laboratório de Análises Clínicas e Patologia Clínica, Bloco Operatório, dos elevadores principais da UH e do serviço de Radiologia. Desta forma, existe concordância com as recomendações da localização das UCI e das proximidades com outros serviços de apoio (ACSS, 2013).

A UCIP é uma UCI polivalente especializada, com mais de 20 anos de existência (fundada em 2000), sendo considerada uma unidade de nível III, de acordo com os níveis de cuidados prestados na unidade. As unidades de nível III são as mais complexas, pois abrangem doentes com maior gravidade, onde é realizada VMI e VNI, traqueostomias, diferentes modalidades de monitorização invasiva, suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínuas e a preparação para técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) (ACSS, 2013; OM, 2018).

1.3.1. Recursos físicos e materiais

A UCIP integra uma área clínica (enfermarias), uma área administrativa e uma área de gestão (sala de reuniões, área de armazenamento e preparação de terapêutica, arrecadação,

área de armazenamento de consumíveis, área de armazenamento de equipamento, adufa, sala de limpos, sala de sujos, casas de banho, balneários, copa, gabinete do enfermeiro chefe, gabinete do diretor clínico e o gabinete dos médicos).

Reportando para a área clínica, esta encontra-se dividida em duas salas abertas e separadas fisicamente uma da outra, com comunicação por uma porta. No total, a UCIP é composta por 12 camas, tendo 9 camas de cuidados intensivos e 3 camas de cuidados para situações de exceção e/ou contingência.

A enfermaria principal é ampla e aberta (do tipo *open space*), com uma central de monitorização hemodinâmica localizada no centro da mesma e com uma área para a realização de registos clínicos. Nesta enfermaria existem 6 camas, separadas por cortinas, sendo que uma dessas camas se encontra numa divisão própria para isolamento de gotículas com necessidade de pressão negativa (*box* de isolamento).

A outra enfermaria também é ampla e aberta (do tipo *open space*), com uma área para a realização de registos clínicos. Não possui uma central de monitorização hemodinâmica própria, mas os registos são centralizados para a central de monitorização da enfermaria principal. É composta por 6 camas, separadas por cortinas, e uma delas também está numa divisão própria para isolamento de gotículas (*box* de isolamento).

Dado a escassez de recursos humanos, as 3 camas de cuidados intermédios estavam desativadas, contudo, dado o evoluir da situação pandémica, houve a necessidade de reajustar e tornar as mesmas operacionais para suprimir as necessidades de possíveis internamentos com necessidade de medidas de isolamento de gotículas para contingência da SARS-CoV-2.

A enfermaria descrita anteriormente, no momento da realização do EF, era exclusivamente dedicada para a prestação de cuidados a doentes com SARS-CoV-2. A UCIP, de acordo com a evolução pandémica e os níveis do plano de contingência hospitalar, vai gerindo a organização da área clínica.

As unidades dos doentes são constituídas por uma área própria, com um local para colocar resíduos, equipamentos e com disponibilidade de iluminação natural e artificial. Cada unidade contém:

- Ventilador com capacidade para modalidade invasiva e não invasiva;
- Monitor de hemodinâmica, capaz de monitorizar os parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos invasivos e não invasivos (pressão arterial, frequência cardíaca, traçado cardíaco, frequência respiratória, pressão venosa central, oximetria de pulso, temperatura esofágica, pressão intra-abdominal, pressão intracraniana);
- Bomba para administração de nutrição entérica;
- Seringas e bombas infusoras;
- Rampa de aspiração, oxigénio e de ar comprimido;
- Gavetas com material e consumíveis;
- Mesa de apoio.

Existem outros dispositivos e materiais disponíveis para utilizar, como:

- Monitor do Índice Bispectral (BIS);
- Pacemaker intracavitário provisório;
- Máquinas para a terapia de substituição renal;
- Máquina de gasimetrias;
- Ventiladores de transporte;
- Mala de material para situações de Emergência Interna Hospitalar;
- Equipamento para oxigenoterapia de alto fluxo;
- Carro de emergência com desfibrilhador manual;
- Equipamento de *cough assist*.

Em cada enfermaria existem vários computadores para a realização de registos clínicos. Os registos de enfermagem são realizados através do sistema informático *B-ICU Care*[®], que existe especialmente para o contexto de cuidados intensivos. Existe uma sincronia entre os diferentes equipamentos de monitorização hemodinâmica e o sistema informático *B-ICU Care*[®], o que facilita a monitorização e a validação dos registos diários realizados neste contexto.

Ainda, é utilizado o sistema informático *SClínico*[®] para complementar alguns aspetos que o sistema anterior não contempla (visualização de exames complementares de diagnóstico como radiografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas).

1.3.2. Recursos humanos

A nível de recursos humanos, a UCIP da UH2 tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar diferenciada, composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde necessários para a prestação de cuidados especializados e diferenciados.

A equipa de enfermagem é constituída por trinta e sete enfermeiros, dos quais faz parte o enfermeiro chefe e a substituta do enfermeiro chefe. Existem vinte e três enfermeiros de cuidados gerais, seis EE EMC, sete EE ER, um EE ECSP e dois enfermeiros a terminar a especialidade (em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [ESMP] e ECSP). Do total, doze enfermeiros encontram-se a frequentar cursos de especialização em enfermagem, mestrados e pós-graduações. Existe uma enfermeira com horário flexível e uma enfermeira ausente por motivos de doença ou baixa médica.

Os cuidados de enfermagem são assegurados por turnos rotativos e/ou fixos organizados em três turnos de 8 horas cada (turno da manhã das 08:00 – 16:00 horas, turno da tarde das 15:30-00:00 horas e o turno da noite das 23:30 – 08:30 horas). Em cada turno existe no mínimo cinco enfermeiros escalados, sendo que nos dias úteis, encontra-se presente o enfermeiro chefe que é responsável pela coordenação e gestão da UCIP, não prestando cuidados de enfermagem diretos. Na ausência do enfermeiro chefe ou da substituta do enfermeiro chefe, existe sempre um enfermeiro escalado como chefe de equipa, que, além da prestação de cuidados, também é responsável pela gestão da UCI e da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH).

A EEMIH é um conjunto de profissionais de saúde que são ativados em situações de paragem cardiorrespiratória e outras situações de deterioração fisiológica aguda com repercussões significativas para o doente. São equipas constituídas por profissionais de saúde (médico e enfermeiro) com competências avançadas na abordagem ao doente crítico e em técnicas de suporte avançado de vida e reanimação (MS, 2018). Em 2010 foi publicada a Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO da Direção Geral da Saúde (DGS), revista em Despacho n.º 9639/2018, que determinou a necessidade da criação e implementação das EEMIH a nível nacional (DGS, 2010a; MS, 2018). A UCIP integra a EEMIH da UH2 que é constituída por um médico e um enfermeiro (chefe de equipa do turno) que asseguram a resposta a situações de emergência e de deterioração agudas dos diferentes serviços da UH conforme preconizado pela DGS (DGS, 2010a).

Existe um elo de ligação da Gestão de Risco Clínico e outro do GCL-PPCIRA, responsáveis pelos processos de auditoria da UCIP.

Duas enfermeiras da equipa da UCIP integram a consulta de *follow up* de Medicina Intensiva, que é realizada uma vez por semana, de 15 em 15 dias. Na consulta de *follow up* é realizada uma avaliação inicial do doente com alta do internamento na UCIP (aos 3, 6 e 12 meses após a alta) e são aplicadas escalas validadas para determinar as principais alterações na vida diária dos doentes e avaliar a presença do Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

Relativamente ao método de trabalho realizado pelos enfermeiros da UCIP, nesta unidade é utilizado o método individual de trabalho, sendo que cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados aos seus doentes, nunca descurando o espírito de equipa e de interajuda.

A distribuição da equipa de enfermagem do turno é habitualmente segundo a lotação do serviço, tendo em consideração as dotações seguras na UCI, ou seja, um rácio enfermeiro-doente de 1:2 ou 1:1, cumprindo as indicações emanadas pela OE (OE, 2019b).

A equipa médica da UCIP é constituída por 12 médicos (escalados em turnos de 8 ou 24 horas), sendo o diretor clínico um médico especialista em Nefrologia com competência acrescida em Medicina Intensiva e os restantes encontram-se em processo de acreditação de competências ou em formação para a especialidade de Medicina Intensiva.

A UCIP conta ainda com o apoio de uma equipa de doze assistentes operacionais, de uma equipa de assistentes administrativos, de uma equipa de dietética e nutrição, dos serviços farmacêuticos e de técnicos de manutenção.

1.3.3. Análise da gestão e produção de cuidados

A Administração Regional de Saúde (ARS) do Sul tem dois SMI em duas UH distintas e inseridas na Rede de Referenciação de Medicina Intensiva da Região Sul. Estes SMI servem uma população de 451.006 habitantes residentes na região e existem apenas 36 camas críticas (22

camas de nível III e 14 camas de nível II), 24 camas neurocríticas e 998 camas de doentes agudos (Nuñez et al., 2020; CHU, 2020a).

Segundo o Relatório de Avaliação Nacional da Situação das UCI em Portugal de 2017, a região do Sul garantia um rácio de 2 camas por cada 1.000 habitantes (no total 22 camas de nível III, sendo apenas 2,2% do total de camas de doentes agudos) e a nível nacional um rácio de 4.2 camas por cada 100.000 habitantes para uma população de 451.006 habitantes de acordo com os dados dos CENSOS de 2011. No ano de 2020, a região do Sul contava com 36 camas críticas com um rácio de 8,1 por 100.000 habitantes e, com a evolução da situação pandémica, o número de cama críticas aumentou para 52 (sendo que das 16 camas preparadas para pandemia, apenas 9 foram ativadas efetivamente). Atualmente, a região detém apenas 41 camas para doentes críticos (Paiva et al., 2017; Nuñez et al., 2020).

A média do número de camas de UCI por 100.000 habitantes na Europa ronda 11.5, sendo um número muito superior à realidade nacional. Mesmo com crescimento dos SMI, não foi possível alcançar o défice de camas críticas, mas mantém-se a proposta de redimensionamento de modo a atingir um rácio de 10,6 por 100.000 habitantes para ficar próximo da média europeia (Nuñez et al., 2020).

De momento, verificamos um crescimento populacional nesta região, com 467.475 habitantes de acordo com os dados dos CENSOS de 2021, mas não acompanha o crescimento dos recursos humanos e do número de camas em UCI. Mesmo com a contratação direcionada para dar resposta emergente à situação pandémica, mantém-se os défices assinalados (Nuñez et al., 2020; Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2022).

Dada a incapacidade de assegurar a prestação de cuidados críticos de todas as valências médico-cirúrgicas, existe um processo de referenciação da Medicina Intensiva (eixos de referenciação) que assegura o tratamento definitivo de doentes com patologias polivalentes e neurocríticas. O CHU estabelece quatro eixos de referenciação, sendo o processo de referenciação dado por centros hospitalares centrais, nomeadamente da região de Lisboa e do Baixo Alentejo, para as valências de Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Cardiorácica, Neurocirurgia, Urologia e Cirurgia Plástica (Paiva et al., 2017).

Segundo Paiva et al. (2017), em contexto de UCI, foram delineados alguns indicadores de qualidade, nomeadamente: tempo entre o reconhecimento da doença crítica e a primeira

observação pelo médico intensivista; tempo entre o reconhecimento do doente crítico e o internamento em SMI; e a taxa de ocupação média do SMI.

Em seguida, iremos explicar os principais indicadores de qualidade e os dados facultados pelo enfermeiro chefe da UCIP, extraídos do sistema informático *B-ICU Care*® no ano de 2020.

No período delineado, a UCIP registou 183 admissões de doentes críticos (com ou sem SARS-CoV-2), contudo, não é possível calcular linearmente a taxa de ocupação, uma vez que existiram alterações funcionais da UCIP perante a situação pandémica, ficando doentes críticos com necessidade de Cuidados Intensivos em diversos serviços (Cirurgia de Ambulatório, UCINT e Bloco Operatório). Assim, reforçamos apenas os dados do CHU (2020a, p. 58), que aferem que existiu uma taxa de ocupação na UCIP do UH1 e UH2 de 40,4% no ano de 2020.

O tempo médio de internamento no ano de 2020 foi de 7,08 dias. Os doentes internados na UCIP eram provenientes do SUMC, do Bloco Operatório e dos vários serviços de internamento da UH2. Os dados revelam uma taxa de mortalidade de 30,68% e uma taxa de gravidade média de 25,28 e de 51,02, segundo os índices de gravidade *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE) e *Simplified Acute Physiology Score II* (SAPS II), respetivamente.

Os principais diagnósticos de admissão na UCIP foram: Pneumonia adquirida por SARS-CoV-2, Pneumonia adquirida na comunidade, Choque séptico, Insuficiência respiratória aguda, Broncopneumonia, Politraumatismo e Edema agudo do pulmão.

No ano de 2020 foram realizadas 25 consultas de seguimento após internamento na UCIP (consulta de *follow up*). A consulta de *follow up* ainda é recente e por motivos relacionados com a situação pandémica, teve que ser suspensa temporariamente. Os resultados ainda são poucos, mas já evidenciam que os doentes internados na UCIP apresentam sequelas após o momento da alta, como as sequelas respiratórias, digestivas e psicológicas. Além da identificação destas, a consulta de *follow up* tem como objetivo referenciar para ajuda diferenciada face às necessidades reconhecidas pelo doente.

No CHU foram definidos indicadores de monitorização da qualidade nos serviços de internamento, nomeadamente a Monitorização das Úlceras por Pressão (UPP) e as Quedas.

No ano de 2020 foi distinguida a monitorização das UPP na UCIP. Na UCIP COVID existiu uma taxa de desenvolvimento de UPP no internamento de 4,88% e uma taxa de incidência de UPP de 1,53%. Na UCIP existiu uma taxa de desenvolvimento de UPP no internamento de 18,71% e uma taxa de incidência de UPP de 3,23% (CHU, 2021b). Estes dados vão de encontro aos valores internacionais, onde as taxas de incidência variam entre 3 e 39,3% e taxas de prevalência entre 11,5 e 32,7% (LaBeau, 2021).

Relativamente às quedas, verificámos uma taxa de avaliação do risco de queda (através da escala de Morse) de 97,7%, uma taxa de efetividade nas intervenções para a prevenção de quedas de 16,67% e uma taxa de incidência de quedas de 0,22% (CHU, 2021c). Estes dados são muito inferiores aos encontrados nos estudos internacionais, que reportam taxas de incidência de queda de 5,2 por 1000 internamentos em UCI (Trumble et al., 2017).

Na UCIP, a carga de trabalho de enfermagem é avaliada através da escala *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), que deriva da escala TISS. A escala TISS foi inicialmente desenvolvida em 1974 por Cullen, com o objetivo de quantificar a carga de trabalho de enfermagem em contexto de UCI, através da classificação de determinadas intervenções terapêuticas. Com o passar dos anos a escala foi sendo adaptada e resumida, terminando com a denominação de TISS-28 (Padilha et al., 2007).

A TISS-28 é um instrumento constituído por 7 categorias (*“atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas”*), perfazendo um total de 28 itens de avaliação (tradução de Padilha et al., 2007). A finalidade da escala é que, independentemente do diagnóstico do doente, quanto maior for a quantidade de intervenções complexas realizadas no doente, maior é a gravidade da doença e assim, maior será o tempo despendido em cuidados de enfermagem. Cada ponto na escala corresponde a 10,6 minutos de tempo de trabalho em cuidados de enfermagem e a pontuação total refere-se ao tempo de cuidados de enfermagem no internamento nas últimas 24 horas por doente (Padilha et al., 2007).

Na UCIP, verificámos que, no ano 2020, existiu um consumo médio de cuidados de enfermagem de 31,27 pontos, que corresponde a 5,52 horas de cuidados associados ao doente crítico. Nesse ano, a escala foi aplicada em 187 doentes, existindo 183 registos, com um valor mínimo de TISS-28 de 9 e valor máximo de 50.

O consumo médio de cuidados de enfermagem tem implicações sobre as dotações seguras de cuidados de enfermagem. As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e a organização do serviço. A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem para as UCI, recomenda a presença de, no mínimo, um enfermeiro por cada duas camas, podendo existir um rácio enfermeiro-doente de 1:2 ou 1:1 (OE, 2019b). Verificámos que ao longo do estágio, este rácio foi cumprido, tendo em consideração a classificação dos doentes consoante o nível de cuidados necessários (nível II/III), sendo que por cada turno, um enfermeiro era responsável por 1 ou 2 doentes críticos, distribuídos pelo chefe de equipa ou pelo enfermeiro chefe da UCIP.

2. ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A evolução científica tem levado a alterações significativas nos sistemas de saúde, fruto da complexidade dos cuidados de saúde, aumento da esperança média de vida e aumento da necessidade de corresponder às expectativas dos doentes e familiares (Lopes et al., 2018).

A necessidade crescente de prestar cuidados de saúde seguros e com qualidade exige o desenvolvimento de novas competências, cada vez mais diferenciadas, para colmatar a resposta às novas realidades, com vista a melhorar a eficácia e eficiência na prestação de cuidados. Perante isto, os enfermeiros, ao longo do seu percurso profissional, investem na sua formação e desenvolvimento pós-graduado, nomeadamente na especialização, com o objetivo de potenciar as suas capacidades e assim promover uma prática de enfermagem avançada (Silva et al., 2018; Lopes et al., 2018).

A complexidade dos cuidados exige uma capacitação e uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para o contexto de cuidados de saúde, pelo que os enfermeiros selecionam uma determinada área clínica, com o intuito de prestar cuidados diferenciados, complexos e direcionados as necessidades particulares dos doentes e familiares no decorrer de todo o ciclo vital (Silva et al., 2018; Lopes et al., 2018).

Para prestar cuidados especializados é essencial aliar à prática clínica um pensamento crítico que facilite a integração dos conhecimentos e a prestação de cuidados complexos. O pensamento crítico em enfermagem é um julgamento reflexivo sobre os problemas clínicos, onde o principal objetivo é a tomada de decisão para prestar cuidados de saúde seguros e eficientes (Peixoto & Peixoto, 2017).

A especialização permite melhorar a produtividade e consequentemente aumentar os ganhos em saúde, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas nas instituições de saúde. Para isso, é necessário assegurar as dotações seguras nas instituições e nos serviços especializados que as integram (Lopes et al., 2018).

De acordo com Lopes et al. (2018), os principais benefícios da especialização em Enfermagem para a prestação de cuidados de saúde recaem sobre a qualidade, bem-estar e satisfação dos doentes e familiares. São vários os estudos que concluem que os EE têm um

impacto positivo sobre os serviços, sobre a qualidade dos cuidados prestados e sobre o acesso aos cuidados de saúde.

Os EE permitem reduzir as taxas de mortalidade (entre 2 a 6%) e tempos de internamento, comparativamente com os enfermeiros de cuidados gerais. Além disso, os autores do estudo reportaram que, em serviços com EE, existem mais ganhos em saúde e menos complicações (quer pela vigilância e monitorização, mas também pela antecipação de situações ameaçadoras) (Lopes et al., 2018).

Os EE possuem mais conhecimentos, nomeadamente na sua área de especialização, diminuindo as complicações para o doente e otimizando a melhor prestação de cuidados complexos. Participam ativamente nas tomadas de decisão dos doentes, liderando projetos e equipas, refletindo num maior reconhecimento por outros (Lopes et al., 2018).

Legalmente são reconhecidas seis especialidades em Enfermagem, nomeadamente: Enfermagem Comunitária, EMC, ER, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e ESMP. Em 2011, a OE reconheceu novas áreas de especialização, subdividindo as principais especialidades em áreas mais específicas da prestação de cuidados (OE, 2011).

Reportando para a EMC, o seu início dá-se em meados de 1985, sendo reconhecida como especialidade em 1994 com a criação dos Cursos de Estudos Especializados. O Curso de Especialização em EMC tinha como finalidade a formação de EE para a prestação de cuidados a doentes críticos, para a gestão e administração de serviços, para o ensino e para a investigação. Em 2002, começa o funcionamento dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, estando incluída a EMC (Nunes, 2007).

Em 2011, a EMC divide-se em áreas de especialização, nomeadamente área de peri-operatório, área da pessoa em situação paliativa, área da pessoa em situação crónica e a área da PSC, onde para cada uma dessas áreas foram definidas as competências específicas e posteriormente revogadas em 2018 (OE, 2011; Nunes, 2007; OE, 2018).

Focando na área de especialização, isto é, a EMC - PSC, podemos aferir que é uma área praticamente recente, com um corpo de conhecimento ainda pouco desenvolvido e em crescimento. Os EE EMC-PSC têm sido cada vez mais requisitados para chefiar e prestar cuidados

em contextos de saúde complexos, dinâmicos e de elevada exigência técnica e científica. OS SU e as UCI são exemplos dessa tipologia de serviços, pois recebem e internam a maior quantidade de doentes críticos a nível hospitalar.

A OE (2018) afirma que os cuidados de enfermagem especializados à PSC são considerados cuidados qualificados, complexos e prestados de forma contínua à pessoa com necessidade de manter as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações e antecipando situações problemáticas, limitando a incapacidade e otimizando a recuperação. Segundo o Regulamento das Competências do EE EMC, os cuidados de enfermagem especializados têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, e para esse efeito, é exigido que os EE EMC-PSC sejam capazes de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção aos alvos dos seus cuidados (PSC e familiares). Além disso, devem conseguir detetar, estabilizar e recuperar, prevenindo complicações e eventos adversos na PSC (OE, 2018).

Face ao aumento da complexidade dos contextos de prestação de cuidados, depreendemos a necessidade de as equipas serem constituídas por enfermeiros qualificados e que tenham as capacidades e competências descritas nos parágrafos anteriores, existindo legislação que preconiza a existência de EE EMC - PSC de acordo com a tipologia de serviços (OE, 2019b).

Atualmente vivemos numa época de pandemia forçada pela progressão da doença por SARS-CoV-2, que levou a um aumento significativo da mortalidade e do internamento hospitalar, com um exponencial aumento da produção de evidência científica e a uma sobrecarga dos serviços e escassez dos recursos. Na fase crítica da pandemia, muitos dos EE EMC - PSC foram mobilizados para os serviços com doentes críticos, como SU e UCI, para ajudar a dar resposta às necessidades emergentes e desconhecidas providenciadas pelo vírus. Mais uma vez, comprova-se a necessidade de dotar os serviços com enfermeiros capacitados para dar resposta a situações de exceção, como ditadas anteriormente, pois é uma das competências específicas designadamente dos EE EMC - PSC.

Ora, partindo destes factos, podemos aferir que os EE EMC - PSC são uma mais-valia para as instituições, com tradução num melhor desempenho institucional, nomeadamente a nível da segurança e qualidade em saúde. De acordo com Lopes et al. (2018), os serviços com rácios superiores de EE, como os SU e UCI, permitem o aumento da qualidade dos cuidados e o reconhecimento da necessidade destes especialistas.

O EE EMC - PSC assume-se como uma mais-valia para as instituições, baseando a sua prática de acordo com os padrões de qualidade. Esses padrões de qualidade permitem a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação para a tomada de decisão e o aumento da visibilidade do exercício especializado (OE, 2017).

Perante isto, e tendo em consideração a realidade atual, conseguimos fundamentar a necessidade de EE EMC - PSC. Acreditamos que as políticas de saúde atuais deveriam ser ajustadas por forma a possibilitar a contratação e o reconhecimento de mais EE EMC - PSC para uma melhoria contínua dos resultados em saúde dos serviços e instituições. São muitas as barreiras e os desafios para o futuro, mas, como referenciado previamente, existe evidência científica que comprova e fundamenta a necessidade dos EE e dos EE EMC – PSC, e os resultados das suas intervenções na qualidade de saúde e segurança dos cuidados.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No âmbito da UC EF foi-nos proposta a realização de um PIP. O PIP é um projeto de investigação que consiste num plano de trabalho com vista a dar resposta a um problema ou necessidade identificada em um determinado contexto. É um processo que se baseia na investigação sustentada na evidência científica e na intervenção perante a necessidade identificada, com vista à resolução de um problema, exigindo assim uma abordagem na ótica da investigação-ação (Ruivo et al., 2010).

Um projeto é considerado *“uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas”*. Posto isto, para a realização de um projeto é necessário adotar uma metodologia, ou seja, uma linha orientadora do trabalho, com o objetivo de resolver problemas e adquirir capacidades e competências através da elaboração e implementação do mesmo (Ruivo et al., 2010, p.5).

Desenvolvemos o PIP no decorrer do EF, de onde surgiu uma problemática identificada, em parceria com a enfermeira orientadora do EF e o enfermeiro chefe da UCIP, que está de acordo com uma das linhas de investigação do Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a linha da *“Segurança e qualidade de vida”*, na área do *“Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”*. O PIP foi desenvolvido tendo em consideração as diferentes etapas da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010).

No presente capítulo apresentamos: a fundamentação da problemática identificada para o PIP; o enquadramento concetual e teórico que serviu de linha condutora do PIP e para a aquisição e desenvolvimento de competências (teoria de enfermagem, qualidade em saúde e segurança dos cuidados, e o enquadramento da temática); a descrição pormenorizada da atividades e etapas da metodologia de projeto (diagnóstico de situação e a definição do problema, definição de objetivos, planeamento e execução, considerações éticas e a avaliação e resultados do projeto).

3.1. Problemática: Doente Crítico com *Delirium* e a Planificação de Cuidados de Enfermagem

O *delirium* é uma condição comum na UCI e com altas taxas de prevalência e incidência em todo o mundo. Segundo dados internacionais, mais de 87% dos doentes críticos em UCI têm risco de desenvolver *delirium* durante o internamento (Liang et al., 2021).

A taxa média de incidência em UCI ronda os 29%, sendo que o *delirium* no doente crítico pode ocorrer entre 40 a 60% dos doentes não ventilados e entre 60 a 80% dos doentes ventilados. A taxa média de prevalência de *delirium* pode chegar entre 23 e 31,8% (Wilson et al., 2020; Liang et al., 2021; Rahimi-Bashar et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

Stolling et al. (2011) reforçam que o *delirium*, além de ser uma condição comum na UCI, tem repercussões graves para os doentes e para os seus familiares, tanto no período de internamento, como após a alta da UCI.

A prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, com aumento do declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de necessidade de VMI e aumento do tempo de internamento (Mitchell et al., 2018).

De acordo com Contreras et al. (2021a; 2021b), a prevalência de *delirium* tem influência sobre a taxa de mortalidade, pelo que, por cada dia de *delirium*, existe um aumento de 10% de risco de mortalidade. Como referido, o *delirium* não tem apenas impacto sobre o doente crítico durante o período de internamento, pelo que a disfunção cognitiva pode persistir por meses ou anos, alterando a qualidade de vida dos doentes e da sua família, impedindo o retorno à normalidade.

O desenvolvimento do *delirium* ameaça a segurança dos doentes, levando ao aumento da taxa de mortalidade e a um maior impacto sobre o tratamento do doente (Contreras et al., 2021a; Contreras et al., 2021b).

Apesar de ser uma condição relevante e frequente na UCI, o *delirium* é negligenciado por parte dos profissionais de saúde, pois dão prioridade a outras disfunções orgânicas do doente crítico. Os estudos fundamentam que os profissionais de saúde descurem o *delirium* porque têm a perceção que não há nada para prevenir e gerir o mesmo (Stolling et al., 2021).

Sendo muitas vezes desvalorizado, é assim necessário repensar a prática clínica, integrar a identificação precoce de fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* e aplicar estratégias atempadamente para atuar e diminuir os riscos para o doente crítico (Devlin et al., 2018; Contreras et al., 2021a; Liang et al., 2021; Stolling et al., 2021).

Para a prevenção e gestão do *delirium* é necessária uma abordagem multimodal, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que se baseiam em orientações que derivam de estudos, ensaios, opinião de peritos e recomendações publicadas (Stolling et al., 2021).

Relativamente às estratégias farmacológicas, muitos são os estudos que tentam provar a eficácia de várias terapêuticas para a prevenção, tratamento e gestão do *delirium*, contudo, não existe um consenso e nenhum fármaco que conseguia alcançar os objetivos pretendidos (Devlin et al., 2018).

As estratégias não farmacológicas têm demonstrado eficácia sobre a redução das taxas de prevalência e incidência do *delirium* na UCI. A implementação de estratégias constituídas por intervenções com múltiplas componentes, demonstraram resultados promissores na prevenção do *delirium*, como evidenciado em ensaios clínicos randomizados e em RSL (Devlin et al., 2021; Contreras et al., 2021b).

As principais estratégias não farmacológicas centram-se em intervenções autónomas, de fácil execução e com baixos custos para as instituições (Devlin et al., 2018; Blair et al., 2019; Farasat et al., 2020; Ozga et al., 2020; Liang et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021). Apesar disso, é necessário ter em consideração que as estratégias não farmacológicas aumentam a carga de trabalho dos enfermeiros (Guenther et al., 2016; Devlin et al., 2018; Liang et al., 2021).

A prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, particularmente as estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium*, dirigidos aos doentes críticos e aos seus familiares, devem ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde que integram as equipas da UCI, especialmente dos EE EMC - PSC.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, os cuidados de enfermagem à PSC devem ser:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Atendendo à citação anterior, torna-se imperioso a conceção de cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium*, por forma a dar resposta a esta disfunção aguda e potencialmente incapacitante, com o objetivo de limitar as possíveis consequências, facilitar a recuperação do doente crítico, permitir a reintegração e a sua recuperação.

Podemos ressaltar a necessidade da planificação de cuidados de enfermagem através de diagnósticos e intervenções de enfermagem sensíveis, com linguagem classificada e padronizada, com vista a uniformizar os cuidados de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico no contexto de UCI.

Perante o supracitado, consideramos que a temática é pertinente e enquadra-se na linha de investigação do Mestrado, concretamente a *“Segurança e qualidade de vida”*, surgindo o título deste RE: *“Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem”*.

3.2. Enquadramento Concetual e Teórico

Os modelos e as teorias de Enfermagem são conceções que estruturam a compreensão do pensamento crítico em enfermagem e dão sentido à prática clínica, permitindo um exercício clínico rigoroso e fundamentado em pressupostos teóricos (Huitzi-Egilegor et al., 2014).

As teorias de enfermagem são um conjunto de conceitos, definições e proposições que desenham uma proposta de explicação racional de um acontecimento e conferem significado ao mesmo, facilitando a tomada de decisão clínica e a melhoria dos cuidados. Na prestação de cuidados é necessário utilizar referenciais teóricos para alicerçar o conhecimento proveniente

da evidência científica com a prática clínica, facilitando assim a tomada de decisão para a promoção da qualidade da saúde dos doentes e a segurança dos cuidados (Alligood, 2014).

Para o desenvolvimento do PIP e para apoiar no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, selecionamos a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner e seus colaboradores (Benner et al., 2011). Seguidamente abordaremos o referencial teórico selecionado, o conceito de qualidade em saúde, o conceito de segurança do doente e o enquadramento teórico relativo ao doente crítico com *delirium* e as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium*.

3.2.1. Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos

A PSC requer cuidados de enfermagem especializados, qualificados e contínuos. A observação crítica, monitorização contínua, recolha e investigação contínua de dados, são ferramentas essenciais nos cuidados de enfermagem especializados em situação crítica, que ajudam na deteção precoce de complicações e na implementação de intervenções precisas, concretas e eficazes (OE, 2017).

Durante a evolução profissional do enfermeiro existe uma aquisição de competências e o desenvolvimento da proficiência na prática clínica, envolvendo uma mudança na confiança perante situações abstratas, uma perceção apurada face a determinadas situações e a passagem de mero observador a executante envolvido, integrando competências essenciais para a prestação de cuidados (Benner, 2001).

Segundo o modelo de competências de Benner, a aquisição de competências é um processo dinâmico, que decorre da experiência de cada enfermeiro e que é expectável que todo o enfermeiro, a certa altura do desenvolvimento profissional, atinja o nível de perito, suportando a sua ação com as suas experiências e a sua compreensão intuitiva das situações que encara na prática clínica, não se baseando unicamente em regras e orientações (Benner, 2001; Nunes, 2010).

Reportando para o contexto de cuidados críticos, Benner e outros colaboradores defendem que o enfermeiro perito que preste cuidados à PSC tem de ser capaz de adaptar o seu pensamento à situação problema, tendo em sua posse competências para identificar e resolver problemas, assim como prevenir e antecipar os mesmos de forma rápida e em condições de pressão (Benner et al., 2011).

O pensamento e o juízo clínico tornam-se essenciais para o enfermeiro perito agir em situações ambíguas e imprevisíveis, sendo crucial que exista uma sintonia entre o pensamento e a ação para responder atempadamente e adequadamente às situações deparadas na prática clínica. Além disso, as autoras supracitadas defendem que a prestação de cuidados à PSC deve ser realizada com perícia, centrada na tomada de decisão de acordo com a interpretação das situações, com vista à resolução de situações clínicas complexas (Benner et al., 2011).

A partir destes princípios, surgiu a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos, que integra e articula as teorias de *Iniciado a Perito* e *Expertise in Nursing Practice*, com vista a descrever as áreas de sabedoria prática, saber fazer (*know-how*) e de boas práticas clínicas do enfermeiro perito na prestação de cuidados à PSC (Benner et al., 2011).

As autoras afirmam que, para o enfermeiro desenvolver perícia na área da PSC, é essencial desenvolver nove habilidades:

- *“Capacidade para estabelecer prioridades;*
- *Desenvolvimento de conhecimentos e a sua aplicação na prática clínica;*
- *Capacidade de raciocínio perante a mudança;*
- *Conhecimento especializado;*
- *Capacidade de resposta imediata a alterações no estado do doente;*
- *Responsabilidade e tomada de decisão;*
- *Relação interpessoal com o doente;*
- *Assimilação de princípios éticos na prática clínica;*
- *Capacidade de se colocar na situação do doente”* (tradução de Benner et al., 2011).

Segundo Benner et al. (2011), o enfermeiro perito deve ter no seu arsenal duas competências na área do pensamento e da ação, nomeadamente a compreensão clínica (identificação, investigação e resolução de problemas clínicos) e a previsão clínica (antecipação e prevenção de potenciais problemas).

A compreensão clínica é obtida quando o enfermeiro é capaz de pensar na situação e ponderar as possíveis alterações decorrentes da situação do doente crítico. A partir deste pensamento, o enfermeiro perito deve ser capaz de redefinir e reformular as suas ações, analisando pormenorizadamente o problema e direcionar os cuidados especializados perante a compreensão da situação clínica do doente crítico e assim gerir as repercussões que condicionam o mesmo (Benner et al., 2011).

Para desenvolver a compreensão clínica é fundamental fazer distinções qualitativas das situações, reconhecendo uma situação errada e concentrar-se numa intervenção corretiva (pensamento *modus operati*) e numa resolução eficaz das situações. Para além disso, um reconhecimento das mudanças inerentes à situação crítica é uma característica que define a compreensão clínica eficaz da situação. As autoras pressupõem que o enfermeiro perito na área da PSC deve desenvolver o conhecimento clínico específico e focado a situações de alta complexidade (Benner et al., 2011).

Segundo a teoria, a previsão clínica permite ao enfermeiro antecipar situações clínicas críticas, intervindo de forma atempada. Este atributo requer uma aprendizagem centrada na experiência prévia com situações semelhantes. Além disso, a previsão clínica presume a aquisição de uma imaginação clínica, isto é, antecipar, projetar e intervir consoante as manifestações clínicas daquele momento. As autoras reforçam que a previsão clínica nada tem a ver com a perceção extrassensorial, mas com a intuição face ao reconhecimento de padrões, isto é, um senso de saliência e um senso de preocupação e aprendizagem experimental de situações passadas. O desenvolvimento da previsão clínica vai permitir criar uma sabedoria clínica, baseada na experiência e na consciência das situações (Benner et al., 2011).

A previsão clínica compreende cinco pressupostos: o pensamento perante o futuro, a previsão sobre os diagnósticos e alterações específicas, a antecipação de crises, o risco e as vulnerabilidades para os doentes específicos, e a previsão do inesperado (Benner et al., 2011).

Os domínios da prática de enfermagem podem ser pensados como situações que dão sentido à prática e que são organizados em objetivos e preocupações clínicas comuns, pelo que, a presente teoria, evoca nove domínios da prática de enfermagem que revelam as características do pensamento clínico, desenvolvimento do conhecimento clínico e as habilidades e competências dos enfermeiros para a prestação de cuidados à PSC:

- *“Diagnosticar e vigiar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos;*
- *Saber gerir uma situação de crise (know-how);*
- *Promover medidas de conforto no doente agudo e crítico;*
- *Cuidar e dar apoio às famílias dos doentes;*
- *Prevenção de acidentes e eventos adversos relacionados com a tecnologia;*
- *Encarar a morte (cuidados de fim de vida e tomada de decisão);*
- *Apresentação de caso (comunicar avaliações clínicas e melhorar o trabalho em equipa);*
- *Segurança do doente (monitorização da qualidade, prevenção e gestão de crise);*
- *Conhecimento sobre liderança clínica e moral e sobre a supervisão” (tradução de Benner et al., 2011).*

Além dos domínios da prática de enfermagem, Benner et al. (2011) afirmam que o enfermeiro perito deve ter a capacidade de refletir de forma ativa e contínua sobre cada situação, destacando nove pressupostos essenciais para o ser e o pensar do EE na área da PSC, nomeadamente:

- *“Desenvolver um senso de saliência (reconhecer o que é urgente ou significativo);*
- *Adquirir e usar o conhecimento integrado;*
- *Desenvolver sabedoria clínica (raciocínio sobre as mudanças numa situação particular);*
- *Desenvolver um saber fazer (know-how);*
- *Realizar uma prática baseada na situação;*
- *Construir agência (responsabilidade e habilidade para agir e entender uma situação);*
- *Adquirir acuidade percetual e envolvimento interpessoal com o doente;*
- *Fortalecer o raciocínio clínico e ético;*
- *Criar imaginação clínica e moral” (tradução de Benner et al., 2011).*

Os metaparadigmas de enfermagem que emergem desta teoria são: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. A pessoa é considerada um ser holístico, que possui qualidades, virtudes e capacidades para enfrentar situações. A saúde é encarada como uma condição que cada pessoa usufrui a nível físico e mental. O ambiente varia de acordo com o contexto em que

o doente crítico se encontra. E por fim, a enfermagem é a profissão que se encarrega de dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das pessoas e famílias na área dos cuidados agudos e críticos (Benner et al., 2011).

A antecipação e identificação de problemas possibilita a implementação de estratégias e a gestão de intervenções promotoras do bem-estar dos doentes e dos seus familiares, nunca descurando a prática baseada na evidência para a compreensão clínica e para a prestação de cuidados.

O doente crítico com *delirium* implica conhecimentos e habilidades no reconhecimento da situação, *know-how* e promoção de medidas de segurança e conforto com intuito de prevenir acidentes e eventos adversos. Além disso, esta problemática acarreta implicações para a família do doente crítico, sendo também crucial direcionar os cuidados para os mesmos.

Perante esta análise, podemos inferir que esta teoria se adequa aos contextos clínicos onde decorreu o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante este percurso. Ademais, utilizámos este referencial concetual como linha orientadora para o desenvolvimento do PIP.

3.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados

A qualidade é um conceito muito abstrato e ainda não existe uma definição universalmente aceite. Apesar disso, no contexto da saúde, a qualidade centra-se nos resultados desejados e obtidos pela prestação de cuidados aos indivíduos e populações (Busse et al., 2019; *World Health Organization* [WHO], 2020).

A *WHO* definiu os conceitos básicos da qualidade, reportando que os cuidados de qualidade devem ser “*eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros*”. Na última década a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a *WHO* escolheram concentrar em três dimensões dos cuidados,

nomeadamente a segurança, a eficácia e a atenção aos doentes (cuidados centrados nos doentes) (Busse et al., 2019, p.6).

A partir destas dimensões, os cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes (cuidados baseados na evidência científica e para todos aqueles que necessitem), seguros (cuidados que previnam riscos e consequências para os doentes) e centrados na pessoa (cuidados personalizados às necessidades, preferências e individualidades das pessoas e/ou populações) (Busse et al., 2019).

De acordo com o Despacho n.º 9390/2021 (MS, 2021, p.96), *“as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação [...] de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”*. Um dos princípios delineados pelo SNS baseia-se nos cuidados de qualidade de forma humanizada, adequados à individualidade da pessoa e de acordo com a evidência científica.

A cultura da qualidade foca-se no planeamento estruturado e conjunto das entidades nacionais e internacionais para atingir os objetivos dos cuidados de saúde. Em Portugal e de acordo com os pilares do sistema de saúde da *WHO*, foi desenvolvido o Plano Nacional para a Qualidade na Saúde (PNQS) (MS, 2015a).

Segundo o PNQS, a qualidade e a segurança no SNS contribuem para a diminuição dos eventos adversos e dos riscos clínicos, promovendo uma melhoria no acesso e equidade aos cuidados de saúde, tornando-se uma inequívoca obrigação ética (MS, 2015a).

Segundo o MS (2015a), a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, tendo em conta os recursos (humanos, económicos, sociais e materiais) disponíveis para as necessidades dos cidadãos e para a satisfação das suas expectativas.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) de 2015-2020 tem como principal objetivo, promover e reconhecer a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Para isso, o MS (2015b) definiu nove estratégias de atuação com as atividades a concretizar para alcançar o objetivo descrito anteriormente.

A segurança do doente é um desafio para o SNS e a evidência científica tem demonstrado que as entidades de saúde negligenciam a segurança e a implementação de práticas clínicas guiadas pelo conhecimento, levando a uma maior ocorrência de incidentes. Para isso, torna-se crucial não descurar a segurança na qualidade em saúde (MS, 2015b; MS, 2021)

Perante a probabilidade da ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados, cabe aos profissionais de saúde a implementação de estratégias com o objetivo de reduzir os mesmos e aumentar os ganhos em saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) visa:

“consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (MS, 2021, p.97).

O PNSD é constituído por cinco pilares estratégicos que estabelecem políticas de segurança do doente e que são: *“cultura de segurança”, “liderança e governança”, “comunicação”, “prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente”, e as “práticas seguras em ambientes seguros”* (MS, 2021, pp.99-103).

A segurança do doente é um fator determinante para a efetividade da prestação de cuidados e sobre a qual se afere a qualidade dos cuidados prestados. Torna-se essencial integrar uma prática baseada na evidência na melhoria dos cuidados e segurança, pois afetam a qualidade de saúde das unidades de saúde (Romero et.al, 2018).

Refletindo sobre os conceitos de qualidade em saúde e segurança do doente, podemos aferir que estão mutuamente interligados, não sendo possível estabelecer uma prioridade. A promoção da segurança do doente requer uma abordagem multidisciplinar e coordenada de todos os intervenientes na prestação de cuidados ao indivíduo e/ou populações. A melhoria contínua através de práticas seguras requer uma alteração das rotinas, reestruturação dos serviços e alocação dos recursos consoante as necessidades identificadas (MS, 2021).

Na Enfermagem, a qualidade é definida através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. São um instrumento com potencial para promover a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados gerais e especializados (OE, 2012; OE, 2017).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais encontram-se agrupados em seis categorias de enunciados descritivos: *“a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2012, p.13). Estes enunciados procuram orientar o exercício profissional, facilitando a reflexão dos cuidados prestados e a orientar a tomada de decisão em Enfermagem (OE, 2012; Potra, 2015).

Decorrente da evolução das áreas de especialização em Enfermagem e a partir dos Padrões de Qualidade originalmente definidos, surgem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados - EMC PSC. Segundo a OE (2017, pp.11-16), estes padrões constituem um referencial para a prática especializada e apresentam enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EE EMC-PSC referentes à *“satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados”*.

Assim sendo, e tendo em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados - EMC PSC, adaptamos a nossa prestação de cuidados ao longo deste percurso a estes enunciados descritivos da prática clínica especializada e o nosso PIP centrou-se em dar resposta a esses mesmos.

Previamente à elaboração da proposta do PIP fomos ler o Plano de Atividades e Orçamento do Triénio 2021-2013 do CHU. O plano apresenta três desafios estratégicos densificados em cinco eixos de intervenção, sendo estes os desafios propostos pelo CHU para o triénio (CHU, 2021a). Um dos eixos de intervenção centra-se na *“Promoção da eficiência, efetividade e qualidade do modelo de trabalho e resposta assistencial”*, sendo uma das suas atividades a *“Densificação da aplicação de normas e protocolos clínicos”* (CHU, 2021a, p.28) e o outro eixo assenta na *“Promoção da eficiência em áreas transversais”*, com uma das atividades centralizada na *“Promoção da dinâmica científica: investigação clínica e respetiva aplicabilidade”* (CHU, 2021a, p.32).

Perante isto, selecionamos a linha de investigação do Mestrado, nomeadamente a “*Segurança e qualidade de vida*” para o PIP, com o objetivo de dar resposta a uma das necessidades institucionais do CHU para 2021-2023, evidenciadas no parágrafo anterior (CHU, 2021a).

Assim sendo, reconhecemos a imperiosidade do PIP promover a segurança dos cuidados prestados e assim garantir uma melhoria contínua da qualidade da saúde dos doentes da UCIP.

Importa referir que o PIP desenvolvido foi de encontro com algumas das principais estratégias da ENQS, uma vez que tem como objetivo uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP e desenvolver uma proposta de norma de orientação clínica (NOC) para a planificação dos cuidados de enfermagem (elaborada e baseada na investigação clínica e na melhor evidência disponível até à data).

Além disso, o PIP passa a reforçar a segurança dos doentes através da prevenção e gestão de incidentes (aumentando a segurança dos doentes críticos) e pela implementação de práticas seguras com vista a ambientes seguros para os doentes da UCIP.

3.2.3. Doente crítico com *delirium*

O doente crítico é considerado uma pessoa com falência ou eminência de falência de funções vitais, com necessidade de vigilância, monitorização e administração de terapêutica para manter e evitar a morte. Este tipo de doente requer cuidados especializados, contínuos, centrados em dar resposta às necessidades para manter as suas funções básicas de vida, prevenir complicações e antecipar situações problemáticas, limitando a incapacidade e otimizando a recuperação (OE, 2017).

Para facilitar a abordagem em situações críticas, é essencial desenvolver um raciocínio clínico crítico, centrado nos cuidados ao doente, por forma a facilitar a tomada de decisão na prestação de cuidados complexos e especializados (Benner et al., 2011; Peixoto & Peixoto, 2017).

Face ao exposto, antecipar situações e utilizar a tomada de decisão na prestação de cuidados complexos, é um desafio crescente e essencial para o EE EMC-PSC, sendo um exemplo dessas situações, a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*. Segundo Poulsen et al. (2021) e Thomas et al. (2021), o *delirium* é um desafio crescente para todos os profissionais de saúde, sendo uma problemática recorrente na UCI.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o *delirium* é caracterizado por alterações na cognição e consciência que se desenvolvem num curto período de tempo e tendem a flutuar ao longo do dia (APA, 2013).

O *delirium* pode ser definido como uma síndrome de início agudo ou subagudo, de rápida instalação (horas a dias) e associada a alterações e flutuações do estado de consciência, das funções cognitivas e do comportamento do doente. Estas alterações são provocadas por disfunções cerebrais agudas e por outras condições (fatores de risco) (Pinho, 2020; Liang et al., 2021).

Esta disfunção aguda pode ser classificada em três subtipos, consoante as apresentações do padrão psicomotor do doente:

- **Delirium hiperativo** (caracterizado por um padrão de inquietação e agitação psicomotora);
- **Delirium hipoativo** (caracterizado por letargia, lentificação psicomotora e hiporeatividade a estímulos externos);
- **Delirium misto** (flutuação entre os dois principais subtipos motores) (Pinho, 2020; Liang et al., 2021).

Maldonado (2018) reformula a hipótese dos três subtipos de *delirium* e define, fenotipicamente, a existência de pelo menos 5 subtipos de *delirium*, baseados nas suas manifestações clínicas. Os três subtipos anteriores mantêm-se e são acrescentadas duas novas apresentações: variante catatónica (forma extrema de hipoatividade) e a variante excitante (forma extrema de hiperatividade) (Maldonado, 2018).

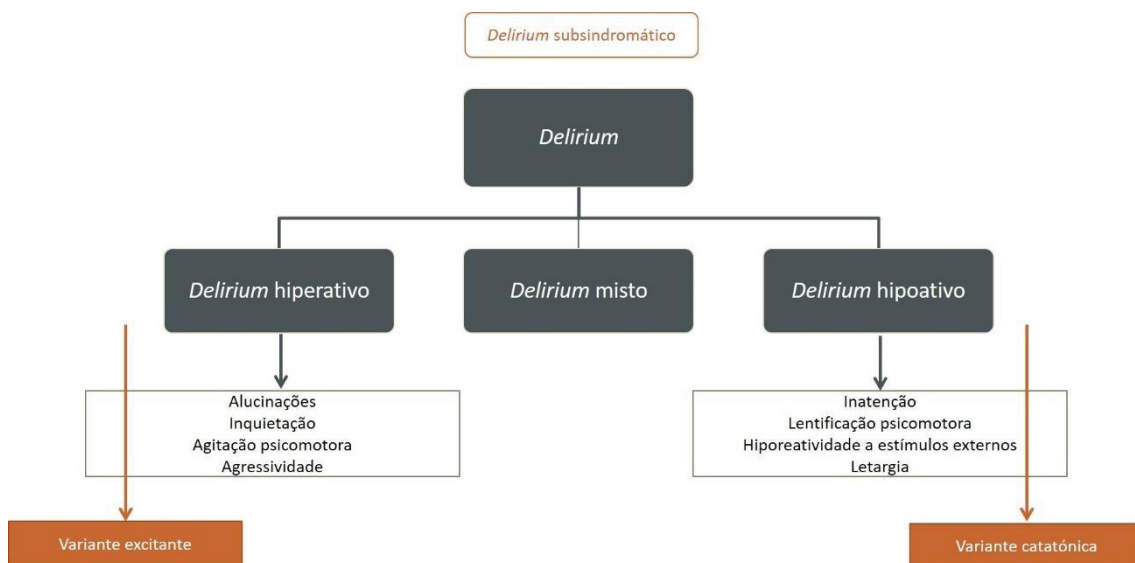
A forma mais comum de *delirium* na UCI é o subtipo hipoativo (65%), em comparação com hiperativo (25%) ou misto (10%) (Maldonado, 2018).

Faria & Moreno (2013) e Liang et al. (2021) apresentam uma derivação do *delirium*, denominada de *delirium* subsindromático, onde os doentes apresentam sintomas compatíveis (um ou mais sintomas) com as características habituais de *delirium*, mas não evoluem mais nesta condição.

A Figura nº 1, esquematiza os diferentes tipos de *delirium* de acordo com Maldonado (2018), Pinho (2020) e Liang et al. (2021).

Figura n.º 1

Esquema dos diferentes tipos de delirium.



Fonte: Adaptado de Faria & Moreno (2013), Maldonado (2018), Pinho (2020) e Liang et al. (2021).

Os estudos realçam que o desenvolvimento de *delirium* está dependente de vários fatores de risco relacionados com as características do doente e com o meio envolvente. A literatura aponta para múltiplas causas para esta condição, mas salienta que a identificação do fator precipitante desta patologia aguda poderá ser o passo para a prevenção e gestão do *delirium* (Prayce et al., 2018).

Segundo Krewulak et al. (2020) e Pinho (2020), os fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* no doente crítico podem ser:

- Predisponentes (como características individuais e comorbilidades) ou precipitantes (relacionados com a doença aguda que determinou o internamento, o plano terapêutico instituído e o ambiente hospitalar);
- Não modificáveis ou modificáveis.

Os fatores predisponentes e não modificáveis estão relacionados com a idade, presença de défice cognitivo prévio, história de consumos tóxicos, alterações genéticas, presença de doença severa (do foro respiratório, renal, hepático, imunológico e por grande trauma) e a necessidade de VMI (Krewulak et al., 2020; Pinho, 2020).

Relativamente aos fatores precipitantes e modificáveis, são alguns exemplos: anemia, hipoglicemia, alterações hidroeletrólíticas, alterações do equilíbrio ácido-base, restrições de visitas/famíliares, imobilidade, excesso de sedação, presença de dor, privação do sono, presença de dispositivos médicos invasivos e a privação sensorial (Krewulak et al., 2020; Pinho, 2020).

A etiologia do *delirium* é complexa e multifatorial, não existindo evidência científica que explique ainda com certeza a fisiopatologia do *delirium*. Apesar disso, existem várias teorias que abrangem desde a diminuição do metabolismo oxidativo, alterações a nível da neurotransmissão (diminuição da atividade da acetilcolina e aumento da atividade da dopamina), aumento das citocinas inflamatórias e alterações a nível das transmissões interneuronais (Maldonado, 2018; Prayce et al., 2018; Pinho, 2020).

Como já referimos anteriormente, a prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, podendo causar: aumento do declínio funcional, cognitivo e emocional; aumento do tempo de necessidade de VMI; aumento do tempo de internamento; aumento da taxa de mortalidade; diminuição da qualidade de vida; e desenvolvimento da síndrome pós-cuidados intensivos (Maldonado, 2018; Prayce et al., 2018; Pinho, 2020).

Por forma a evitar as possíveis complicações do *delirium*, torna-se fulcral apostar no reconhecimento precoce desta condição, através da avaliação de sinais e sintomas, presença de fatores de risco, a avaliação/monitorização (recorrendo a escalas validadas) e através da utilização de modelos preditivos (Devlin et al., 2018).

O reconhecimento precoce do *delirium*, através de modelos preditivos, possibilita a identificação e gestão adequada da etiologia, sintomas e tratamento (Devlin et al., 2018; Poulsen et al., 2021).

Existem vários modelos que predizem o risco de desenvolver *delirium*, como o *PREdiction of DELIRium in ICu patients* (PRE-DELIRIC) ou o *Early PREdiction model for DELIRium in Icu patients* ([E]-PRE-DELIRIC), que calculam o risco individual de um doente desenvolver *delirium* (pelos fatores de risco presentes, como: idade, comorbilidades, doença severa e scores de APACHE nas primeiras 24h de internamento na UCI) (Devlin et al., 2018; Poulsen et al., 2021).

As orientações clínicas recentes destacam a importância da monitorização diária do *delirium* no doente crítico na UCI para a melhoria do prognóstico e para prevenir as complicações que advêm desta condição clínica. Desta forma, existem mais de 50 ferramentas adaptadas e validadas para o diagnóstico de *delirium*, sendo consensual a importância do papel do EE EMC-PSC em contexto de UCI na monitorização e na aplicação de estratégias para prevenir e gerir o *delirium*.

Perante a necessidade da monitorização desta condição, que muitas vezes é realizada por enfermeiros fora da área da saúde mental e psiquiátrica, surgiram escalas específicas e de fácil aplicação por qualquer profissional de saúde na UCI (Viega, 2019).

A monitorização do *delirium* na UCI deve ser realizada através da utilização de escalas validadas e de alta sensibilidade, como a CAM-ICU ou a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Devlin et al., 2018; Pinho, 2020; Poulsen et al., 2021).

De acordo com Devlin et al. (2018), as escalas CAM-ICU e ICDSC são escalas de rápida aplicação (duração de aplicação na prática entre 2 a 5 minutos), com boas propriedades psicométricas e de fiabilidade, sendo consideradas escalas sensíveis e específicas. Cada escala avalia determinados domínios que levam a uma pontuação total, que classifica a presença ou ausência de *delirium* no doente crítico.

A escala CAM-ICU avalia quatro domínios (alteração aguda e flutuante do estado mental, inatenção, alteração do estado de consciência e o pensamento desorganizado) e a escala ICDSC avalia oito domínios (alteração do estado de consciência, inatenção, desorientação, alucinações,

agitação, discurso inapropriado, distúrbios no ciclo vigília-sono e a flutuação de sintomas) (Poulsen et al., 2021).

A CAM-ICU é a escala mais utilizada para a avaliação da presença de *delirium*, que foi adaptada a partir da escala *Confusion Assessment Method* (CAM) de 2001, para a aplicação em doentes críticos em UCI com ou sem capacidade para comunicar (quer seja pela presença de VMI ou outra incapacidade para comunicar) (Ely, 2016; Devlin et al., 2018; Poulsen et al., 2021).

A mesma escala é recomendada pela *The Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU* (PADIS), tendo sido testada em mais de 4000 doentes internados em UCI e traduzida e validada em mais de 27 países. Em Portugal, já existe uma validação propriamente dita e publicada, nomeadamente a CAM-ICU *flowsheet* (Ely, 2016; Devlin et al., 2018; Viegas, 2019).

A CAM-ICU *flowsheet* é a versão da escala mais utilizada à cabeceira dos doentes críticos, pois é um fluxograma de avaliação de simples aplicação. A avaliação através da escala CAM-ICU *flowsheet* requer dois passos: em primeiro lugar deve ser realizada a avaliação do estado de sedação do doente (através da escala *The Richmond Agitation and Sedation Scale* [RASS]) e posteriormente avaliar a presença de *delirium* pela escala em si (Figura n.º 2) (Ely, 2016; Devlin et al., 2018; Pinho, 2020; Poulsen et al., 2021).

Segundo Ely (2016), é necessário realizar a avaliação do estado de sedação do doente através da escala de RASS. Só é possível passar para o próximo passo, se o doente apresentar uma pontuação superior ou igual a -3 na escala de RASS. Se apresentar os critérios referidos, é possível passar para o próximo passo.

Como referido previamente, a escala CAM-ICU avalia quatro domínios:

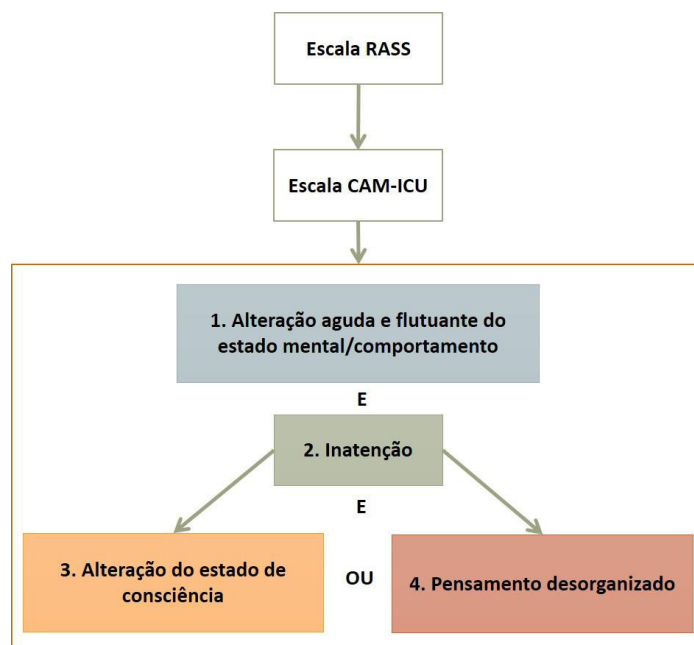
1. Alteração aguda e flutuante do estado mental;
2. Inatenção;
3. Alteração do estado de consciência;
4. Pensamento desorganizado (Ely, 2016; Poulsen et al., 2021).

Desta forma, a avaliação do último passo da CAM-ICU *flowsheet* consiste em identificar positivamente alterações nos pontos (1) e (2) e continuar até aos pontos (3) ou (4) para concluir

a presença ou ausência de *delirium*, como esquematizado na Figura n.º 2 e no Anexo C (Ely, 2016; CHU, 2018).

Figura n.º 2

Adaptação própria da Escala CAM-ICU flowsheet.



Fonte: Adaptação de Ely (2016), Devlin et al. (2018) e Poulsen et al. (2021).

A evidência científica realça que o *delirium* no doente crítico pode levar complicações para o mesmo e a um pior prognóstico, pelo que é necessário incidir a nossa intervenção em estratégias preventivas e gerir as situações de *delirium* para diminuir o impacto desta problemática no doente crítico. Seguidamente, realçamos as principais intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI.

3.2.4. Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*

A prevenção e gestão do *delirium* consiste numa abordagem multimodal com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Stolling et al., 2021).

Na UCI, a prevenção e gestão do *delirium* baseia-se em orientações que derivam da opinião de peritos e de estudos em recomendações publicadas, com a PADIS, a *Early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care (eCASH)* e a *The ABCDEF Bundle in Critical Care* (Devlin et al., 2018).

Em 2013, o *American College of Critical Care Medicine*, a *Society of Critical Care Medicine* e *American Society of Health-System Pharmacists*, atualizaram as orientações relativas ao tratamento e gestão da dor, agitação e *delirium* em doentes adultos internados nas UCI (*Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Units*) (Stollings et al., 2021) e progressivamente foram surgindo atualizações destas orientações, sendo a última desenvolvida por Devlin et al. (2018) (PADIS).

A PADIS recomenda a utilização de intervenções com múltiplas componentes, como a reorientação, a estimulação cognitiva, o uso de objetos pessoais, a promoção do sono, a redução da sedação, a mobilidade precoce e a utilização de próteses auditivas e/ou oculares. Os estudos que integram estas orientações demonstram que a aplicação de uma só intervenção não trazia benefícios para a redução da prevalência e incidência de *delirium* nas UCI, surgindo a necessidade da abordagem multimodal (Devlin et al., 2018).

Recentemente surgiu a recomendação *The ABCDEF Bundle in Critical Care* (“A – Assess, prevent and manage pain; B – Both spontaneous awakening and spontaneous breathing trials [SAT e SBT]; C – Choice of analgesic and sedation; D – Delirium: assess, prevent and management; E – Early mobility and exercise; F – Family engagement”) para dar resposta à maior complicação nos Cuidados Intensivos, que é o *delirium* (Marra et al., 2017, p.2). Esta abordagem inclui um conjunto de intervenções que gerem e/ou tratam os principais fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*, com capacidade de reduzir as taxas de prevalência e incidência de *delirium* (estão associadas a uma diminuição da mortalidade em 7 dias) (Marra et al., 2017).

Outra recomendação recente é o conceito *eCASH*. Este conceito implementa medidas para gerir e prevenir a dor, ansiedade, agitação, *delirium* e imobilidade no doente na UCI. Esta abordagem integrada é adaptável às diferentes tipologias de UCI, com o objetivo de proporcionar uma sedação leve e precoce ao doente crítico, sendo a prioridade durante a prestação de cuidados. Os autores advogam a titulação da analgesia e da sedação às necessidades do doente crítico, para que sejam capazes de manter o conforto e a interação com o ambiente envolvente (profissionais de saúde e familiares) (Vincent et al., 2016).

As orientações descritas previamente integram estratégias farmacológicas e não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium* nas UCI.

Reportando para as estratégias farmacológicas, existem múltiplos estudos, comparativos e não comparativos, sobre diferentes efeitos de terapêutica para a prevenção e tratamento do *delirium* (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021).

Não existe evidência científica que demonstre que a eficácia de antipsicóticos (quetiapina, a olanzapina e o haloperidol), dexmedetomidina, inibidores das colinesterases (donepezilo e a rivastigmina) e cetamina para a prevenção do *delirium*. Quanto ao tratamento, não existe um único agente farmacológico capaz de tratar o *delirium*, contudo, existem situações extremas que podem levar à utilização de terapêutica sedativa, como em situações de *delirium* hiperativo (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021).

Como referido, além das estratégias farmacológicas, é possível extrair das orientações, estratégias não farmacológicas que atuam como intervenções de enfermagem autónomas e com resultados mais promissores do que as estratégias farmacológicas.

As estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium* podem ser agrupadas em 9 categorias:

- Estimulação cognitiva;
- Estimulação sensorial;
- Monitorização do *delirium*;
- Controlo da dor;
- Gestão da sedação;
- Gestão do ambiente físico;
- Promoção da qualidade do sono;
- Mobilização precoce;
- Envolvimento familiar (Liang et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

A Tabela n.º 3 apresenta um quadro resumo das principais estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*.

Tabela n.º 3

Resumo das principais estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do delirium.

Categoria	Estratégias não farmacológicas
Estimulação cognitiva	Reorientar no espaço, tempo e pessoas; Informar sobre estado de saúde; Chamar o doente pelo nome; Oferecer objetos pessoais; Utilizar calendários e relógios; Facultar próteses auditivas e/ou oculares.
Estimulação sensorial	Utilizar música relaxante; Providenciar objetos pessoais; Garantir a visualização de televisão; Providenciar rádio; Aplicar massagem terapêutica.
Monitorização do delirium	Utilizar escalas validadas (CAM-ICU ou ICDSC)
Controlo da dor	Monitorização da dor através de escalas validadas; Tratamento eficaz da dor (com terapêutica não opióide); Posicionamento do doente; Técnica quente/frio; Massagem terapêutica; Técnica da imaginação guiada.
Gestão da sedação	Monitorização da sedação através de escalas validadas; Interrupção diária da sedação; Evitar utilização de benzodiazepinas e outros medicamentos deliriogénicos.
Gestão do ambiente físico	Remover linhas e tubos desnecessários; Manter as grades elevadas; Utilizar calendários e relógios.
Promoção da qualidade do sono	Minimizar interrupções no sono; Evitar o sono diurno; Providenciar tampões auriculares; Providenciar máscara facial; Reduzir o ruído; Reduzir a intensidade da luz.
Mobilização precoce	Promover a mobilidade física logo que possível; Realizar levante diário; Estimular a autonomia do doente; Evitar o uso de restrições físicas.
Envolvimento familiar	Possibilitar horário de visita flexível; Integrar os familiares nas decisões sobre o doente; Educar familiares sobre prevenção e gestão do <i>delirium</i> .

Fonte: Elaborado e adaptado de Devlin et al. (2018), Blair et al. (2019), Farasat et al. (2020), Ozga et al. (2020), Liang et al. (2021) e Sahawneh & Boss (2021).

São vários os autores que chegaram à conclusão de que existem melhores resultados quando diferentes tipos de intervenções são incluídas no plano de cuidados do doente crítico ao invés de apenas uma simples e única intervenção, advogando uma abordagem multicomponente (Devlin et al., 2018; Liang et al., 2021; Sahawneh et al., 2021).

3.3. Diagnóstico de Situação e a Definição do Problema

Segundo Ruivo et al. (2010, p.10), a primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação, que tem como objetivo “*elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar*”. É nesta fase do projeto que é identificado o problema, as necessidades, as prioridades e os recursos necessários para a realização do projeto.

No decorrer da fase inicial do EF, debatemos com a enfermeira orientadora e com a orientadora pedagógica a necessidade de realizar um PIP com vista a colmatar uma necessidade do serviço. Depois de uma reflexão conjunta, deparámos em várias propostas para o PIP e depois foi agendada uma entrevista com o enfermeiro chefe da UCIP.

Inicialmente foi possível conhecer o serviço, as NOC e os protocolos vigentes na UCIP, sendo que à data existia apenas uma NOC sobre a “*Analgesia, Sedação e Delirium na UCIP*” (CHU, 2018), com foco no protocolo de atuação terapêutico na situação de *delirium* e nalgumas estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium*. Apesar disso, evidenciámos que exista pouca autonomia nas intervenções de enfermagem face ao *delirium*, pelo que surgiu uma oportunidade para a melhoria dos cuidados de enfermagem na UCIP.

Após uma análise crítica com a enfermeira orientadora do EF, foi possível depreender que, relativamente ao *delirium*, não existe uma uniformização de plano de cuidados, sendo que os enfermeiros apenas realizavam a monitorização do mesmo através da escala adaptada para o contexto de UCI – CAM-ICU.

Como explanado, para realizar o diagnóstico da situação, foi agendada uma entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro chefe do UCIP e com a enfermeira orientadora do EF.

Durante a entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro chefe da UCIP, realizámos uma breve análise crítica do serviço e uma reflexão sobre os cuidados neste contexto. Apresentámos a proposta para o PIP, pelo que após alguma análise, deparámos no interesse de todos os intervenientes. Na entrevista, evidenciámos a necessidade de uma uniformização dos cuidados face ao doente crítico com *delirium*. Na prática atual do serviço, o *delirium* no doente internado na UCIP é apenas identificado, mas não existe uma planificação dos cuidados de

enfermagem no sistema informático *B-ICU Care*®, sendo que apenas há uma referência ao mesmo como uma monitorização através da escala CAM-ICU. Face a isso, refletimos sobre:

- a necessidade de realizar uma análise retrospectiva sobre a identificação do *delirium* nos doentes críticos internados na UCIP;
- a necessidade da definição de diagnósticos de enfermagem e a criação de um conjunto de intervenções de enfermagem associadas a estes para dar resposta à situação de *delirium* no doente crítico internado na UCIP.

Como forma de síntese da reunião e da fundamentação da necessidade do PIP, realizamos o levantamento das necessidades através de um instrumento de diagnóstico, denominado de método de análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

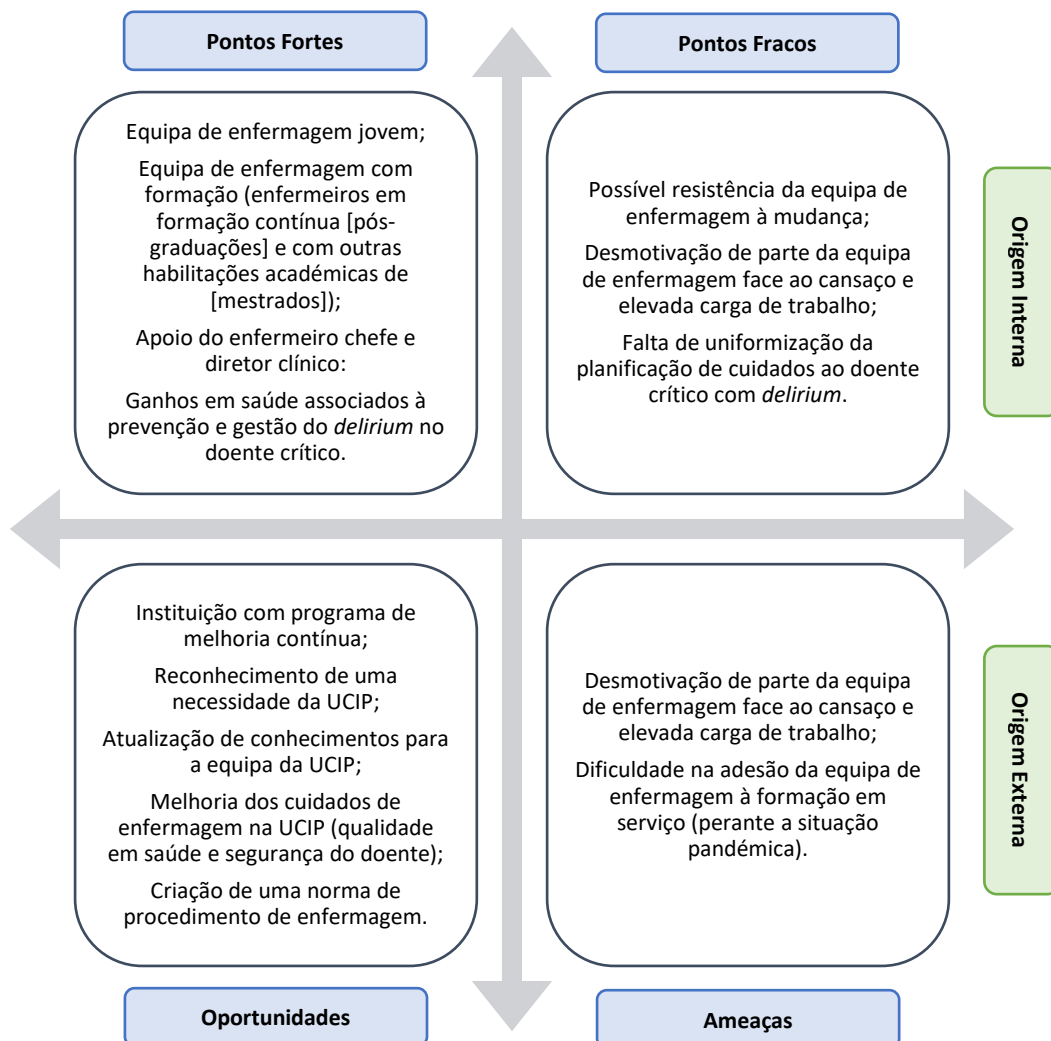
Segundo Ruivo et al. (2010, p.14), a análise *SWOT* permite extrair os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e as ameaças, que foram validados com o enfermeiro chefe da UCIP e com a enfermeira orientadora do EF.

Na análise *SWOT*, constata-se a presença de uma equipa de enfermagem composta por elementos novos e jovens, com potencialidades e motivação para a aprendizagem, sendo esta uma condição necessária para a mudança de comportamentos e para a uniformização de práticas de cuidados de enfermagem.

Junto do enfermeiro chefe e da enfermeira orientadora do EF, identificámos as necessidades, as principais dificuldades e as estratégias delineadas para a realização do PIP, não existindo obstáculos para a realização do mesmo, tendo o apoio e a aprovação para a sua concretização. A partir da análise *SWOT* da entrevista exploratória não estruturada, podemos focar nas oportunidades e nos pontos fortes como condições necessárias para a realização do PIP (Figura n.º 3).

Figura n.º 3

Análise SWOT da UCIP.



Fonte: Adaptado de Ruivo et al. (2010).

Neste sentido, e como mencionámos previamente, realizámos uma análise retrospectiva relativa ao *delirium* na UCIP no período de 10 de novembro de 2020 a 10 de novembro de 2021. Os dados foram recolhidos no sistema informático *B-ICU Care*® na UCIP, com autorização do enfermeiro chefe da UCIP, do diretor clínico da UCIP, do Conselho de Administração e do Conselho de Ética do CHU (Anexo A).

Foram extraídos do sistema informático *B-ICU Care*® os seguintes dados:

- Número total de internamentos na UCIP;
- Número total de doentes com avaliação da escala CAM-ICU;

- Número de doentes com avaliação positiva na escala CAM-ICU;
- Diagnósticos de enfermagem selecionados para o plano de cuidados dos doentes na UCIP com avaliação positiva na escala CAM-ICU;
- Intervenções de enfermagem selecionadas para o plano de cuidados dos doentes na UCIP com avaliação positiva na escala CAM-ICU;
- Outros dados e notas de enfermagem no processo clínico dos doentes na UCIP com avaliação positiva na escala CAM-ICU.

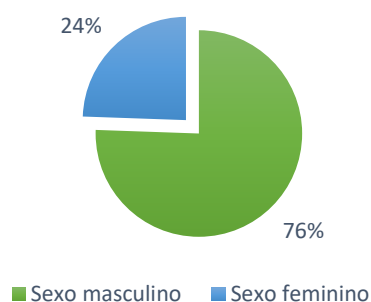
Realizámos o tratamento destes dados através de análise estatística quantitativa com recurso ao *Microsoft Office Excel*[®].

Verificámos que, no período definido, existiram 289 internamentos na UCIP, dos quais foram identificados 45 doentes com avaliação positiva na escala CAM-ICU. A média de dias de internamento dos doentes com avaliação positiva na CAM-ICU foi de 17,5 dias. O diagnóstico médico de admissão no internamento na UCIP mais comum era a Pneumonia por SARS-CoV-2 (28,89% dos doentes identificados).

Reportámos uma taxa de incidência de 15,57% de *delirium* na UCIP e observámos que 24% eram do sexo feminino e 76% do sexo masculino (Gráfico n.º 3). A média de idades foi de 65,7 anos.

Gráfico n.º 3

Percentagem de doentes na UCIP (por género) com avaliação positiva na escala CAM-ICU.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem selecionados, deparámos que apenas um doente tinha diagnósticos de enfermagem relacionados com o *delirium*, nomeadamente, os diagnósticos de enfermagem: “*Agitação presente*” e “*Confusão muito frequente demonstrada*”

(que corresponde a 2%). Os restantes não tinham nenhum diagnóstico de enfermagem atribuído, mesmo tendo a avaliação positiva na escala CAM-ICU (98%) (Gráfico n.º 4).

Mesmo sem diagnósticos de enfermagem associados ao plano de cuidados, encontramos uma percentagem significativa de intervenções de enfermagem relacionadas com o *delirium*. As principais intervenções de enfermagem incidiam na atitude terapêutica relativa à “*Imobilização no leito*”¹, devido ao estado de inquietação, agitação e risco de remover dispositivo médicos.

Verificámos que 60% dos doentes identificados com *delirium* tinham as intervenções da atitude acima descritas associadas no plano de cuidados (Gráfico n.º 5).

Gráfico n.º 4

Percentagem de doentes na UCIP com diagnósticos de enfermagem no plano de cuidados face ao delirium.

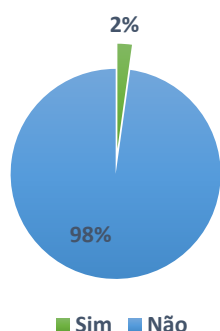
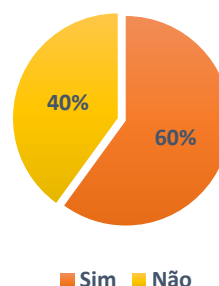


Gráfico n.º 5

Percentagem de doentes na UCIP com intervenções de enfermagem no plano de cuidados face ao delirium.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Relativamente a outros dados extraídos das notas de enfermagem diárias, apurámos que não existe referência ao termo “*delirium*”. Muitos dos registos focam na descrição dos sinais e sintomas e em reduzidas ocasiões são mencionadas intervenções de enfermagem. Há uma grande preferência para utilização de estratégias farmacológicas ao invés das não farmacológicas.

Concluimos que o *delirium* é uma condição frequente na UCIP, mas sem expressão em diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem diferenciadas. Mesmo que a NOC

¹ Abrange as seguintes intervenções de enfermagem: “*Colocar grades na cama*”, “*Executar técnica de imobilização*”, “*Gerir a comunicação*”, “*Gerir o ambiente físico*”, “*Otimizar a imobilização*”, “*Verificar a necessidade de imobilização*” e “*Vigiar sinais neurocirculatórios*”.

da UCIP refira que o *delirium* também deve ser avaliado através da escala ICDSC, não existem registos disso, não sendo possível ir ao encontro de uma parte dos objetivos iniciais desta análise retrospectiva.

Outra metodologia que utilizámos para auxiliar na definição do diagnóstico de situação e na definição da problemática na UCIP foi através da aplicação de questionários à equipa de enfermagem da UCIP, com o objetivo de caracterizar a equipa, perceber os conhecimentos da equipa sobre o *delirium* no doente crítico e para fundamentar a necessidade do PIP na UCIP. Foram aplicados dois questionários:

- Questionário sociodemográfico da equipa de enfermagem da UCIP;
- Questionário sobre a pertinência do PIP e sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática.

Os questionários foram aplicados com recurso à aplicação *Google Forms*[®], sendo enviado o endereço correspondente para os enfermeiros da UCIP. O tratamento de dados dos questionários foi realizado pela mesma aplicação. O consentimento livre, informado e esclarecido para a integração no estudo foi realizado previamente aos questionários, através da mesma aplicação. A confidencialidade e o anonimato dos dados foram garantidos.

A equipa de enfermagem da UCIP é constituída por trinta e sete elementos, sendo que apenas vinte e sete elementos é que responderam os questionários. De uma amostra de vinte e sete, participaram 17 elementos do sexo feminino (63%) e 10 elementos do sexo masculino (37%), com idade média de 35,5 anos.

Em termos de experiência profissional, em média, a amostra apresentava cerca de 11,5 anos de experiência profissional na área da enfermagem, 12 anos de experiência em contexto de UCI e 12 anos de prestação de cuidados de enfermagem na UCIP. Quanto às habilitações académicas, 85,2% são licenciados e 14,8% são mestres. Não existem doutorados na amostra.

Relativamente à especialidade em enfermagem, 48,1% dos participantes são EE (53,8% em ER, 30,8% em EMC - PSC, 7,7% em ECSP e 7,7% em EMC).

Cerca de 96,3% da amostra considerou que o *delirium* é uma condição frequente na UCIP e que o subtipo de *delirium* mais frequente na UCIP é o *delirium* hiperativo (52%) (Gráfico n.º 6).

Confrontando com a literatura, sabemos que a forma mais comum de *delirium* na UCI é o tipo hipoativo (Maldonado, 2018) e da análise retrospectiva, deparámos apenas com dados sobre a presença de *delirium* hiperativo, mas não pudemos excluir a possibilidade de existir igualmente uma prevalência de *delirium* hipoativo.

Aproximadamente 92,6% da amostra considerou que a escala CAM-ICU é essencial para detetar doentes com *delirium* e 74,1% dos participantes tinham dificuldade em aplicar a escala CAM-ICU na prática clínica (Gráfico n.º 7).

Gráfico n.º 6

Respostas da equipa de enfermagem sobre o delirium mais frequente na UCIP.

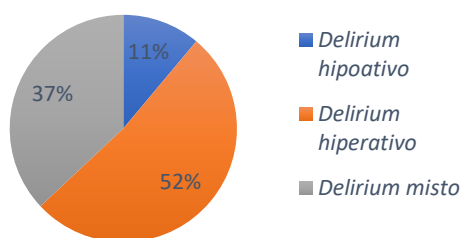
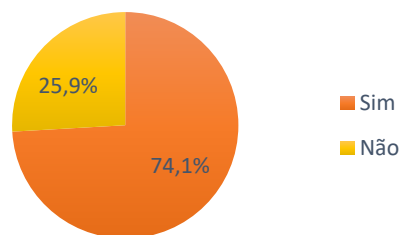


Gráfico n.º 7

Respostas da equipa de enfermagem sobre a dificuldade em aplicar a escala CAM-ICU.



Fonte: Elaboração do Próprio.

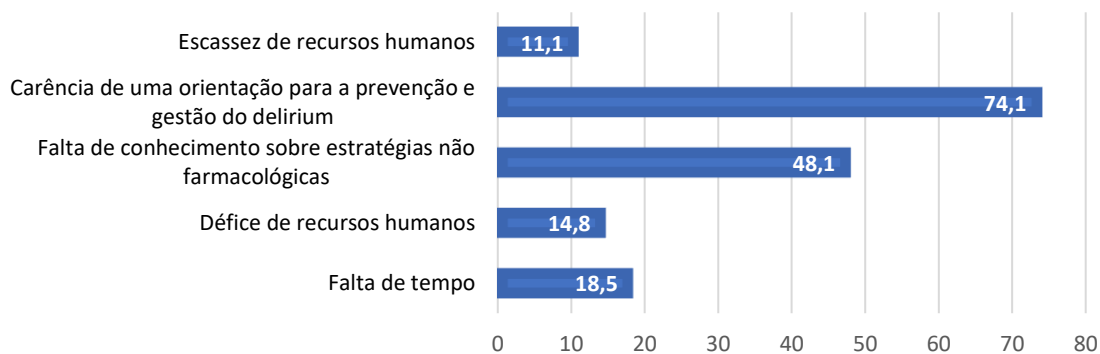
Cerca de 96,3% dos enfermeiros responderam que sabiam quais são as intervenções de enfermagem perante o doente crítico com *delirium*. Foram apresentadas várias intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão doente crítico com *delirium*, pelo que a amostra considerou que as mais importantes eram: *Promover a qualidade do sono* (77,8%); *Facilitar o envolvimento da família* (63%); e *Gerir o ambiente físico* (59,3%).

Ainda, a amostra considerou que as intervenções menos importantes para a prevenção e gestão do *delirium* seriam: *Restrição de movimentos* (0%); *Gerir analgesia* (7,4%); e *Gerir antipsicóticos* (7,4%).

Consideraram que a implementação de estratégias não farmacológicas é condicionada, maioritariamente pela carência de uma NOC específica para o *delirium* (74,1%), seguido da falta de conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas (Gráfico n.º 8).

Gráfico n.º 8

Respostas da equipa de enfermagem sobre as condicionantes para a implementação de estratégias não farmacológicas para o *delirium*.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Relativamente à relação entre o doente crítico com *delirium* e a carga de trabalho de enfermagem, 100% da amostra achou que estes doentes têm maior impacto sobre o tempo despendido em cuidados de enfermagem.

A planificação de cuidados de enfermagem é uma mais-valia para a organização do trabalho e para a intervenção ao doente, sendo que 74,1% dos participantes responderam de forma afirmativa “*Sempre*”. Nenhum participantes respondeu às opções de “*Raramente*” e “*Nunca*”(Gráfico n.º 9).

Quanto à pertinência da definição de diagnósticos de enfermagem para o *delirium* e as suas respetivas intervenções para implementar no sistema informático da UCIP, 63% responderam que era muito pertinente, 33,3% responderam que era pertinente, 3,7% que era pouco pertinente e nenhum participante respondem de forma negativa não pertinente (Gráfico n.º 10).

Gráfico n.º 9

Respostas da equipa de enfermagem à questão: “A planificação de cuidados de enfermagem é uma mais valia para a organização do trabalho e para a intervenção aos doentes?”

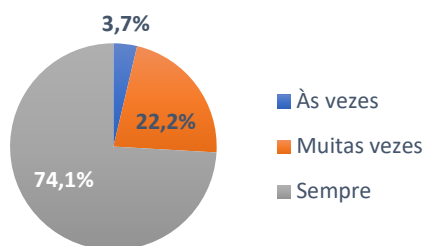
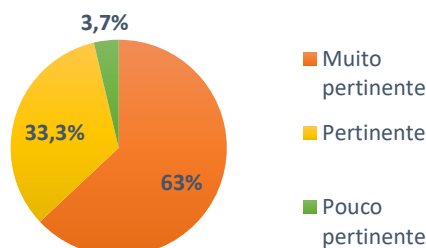


Gráfico n.º 10

Respostas da equipa de enfermagem sobre a pertinência da definição de diagnósticos de enfermagem para o *delirium* e as suas respetivas intervenções.

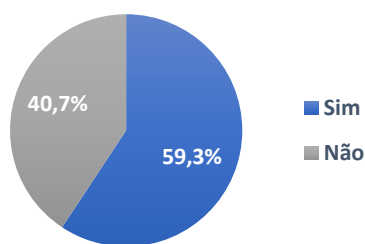


Fonte: Elaboração do Próprio.

Relativamente à frequência em formações sobre o *delirium*, 59,3% da amostra responderam negativamente e 40,7% responderam afirmativamente (Gráfico n.º 11).

Gráfico n.º 11

Respostas da equipa de enfermagem sobre a frequência de formação sobre *delirium*.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Por fim, 77,8% dos participantes consideraram muito pertinente a realização de uma formação em serviço sobre o *delirium* e sobre as intervenções de enfermagem para o doente crítico com *delirium*.

Tornou-se imperioso a realização de uma formação em serviço para promover a atualização de conhecimentos sobre a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*.

Refletindo sobre os dados obtidos nos questionários, podemos concluir que existe uma elevada prevalência de *delirium* na UCIP e muito interesse por parte da equipa de enfermagem da UCIP sobre o *delirium*, sobre a formação em serviço, depreendendo a necessidade de uma proposta de NOC para a planificação de cuidados de enfermagem. Após a identificação e análise crítica destas condições, conseguimos identificar a situação e a problemática: falta de uniformização dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP.

Tendo a problemática bem definida e fundamentada a necessidade do PIP, seguimos para a definição dos objetivos.

3.4. Definição de Objetivos

Ruivo et al (2010) afirmam que a segunda fase da metodologia de projeto baseia-se na definição de objetivos, onde é descrito os resultados pretendidos com o PIP. Segundo os autores, inicialmente deve ser definido um objetivo geral e amplo, e posteriormente devem ser definidos objetivos específicos.

Assim sendo, tendo em conta o problema e a necessidade identificada junto do enfermeiro chefe e da enfermeira orientadora do EF, definimos como objetivo geral:

- Promover a adequação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP.

Posteriormente, delineamos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar o conhecimento dos enfermeiros da UCIP sobre as medidas utilizadas para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*;
2. Desenvolver um estudo retrospectivo sobre a planificação dos cuidados de enfermagem para o doente crítico com *delirium* na UCIP;
3. Desenvolver uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI;

4. Uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP (diagnósticos e intervenções de enfermagem);
5. Realizar uma formação em serviço sobre a planificação de cuidados ao doente crítico com *delirium* na UCIP;
6. Propor a implementação de medidas preventivas para o doente crítico com *delirium* na UCIP.

Com os objetivos gerais e específicos delineados, foi possível passarmos para a planificação e execução das restantes fases do PIP.

3.5. Planeamento e Execução

A terceira fase da metodologia de projeto é o planeamento, que consiste na elaboração de um plano descritivo e detalhado com a calendarização das várias atividades e dos recursos (humanos e materiais). A quarta fase da metodologia de projeto centra-se na execução, que se baseia na materialização do projeto, isto é, explanar e executar todas as tarefas que foram planeadas (Ruivo et al., 2010).

Depois da definição da problemática, contruímos uma proposta de plano de trabalho, nomeadamente o plano do PIP em forma de cronograma (Apêndice E), com a descrição das atividades a realizar em cada fase da metodologia, com a calendarização das atividades a realizar para dar resposta aos objetivos gerais do PIP e com os questionários elaborados para o PIP (Apêndice F).

Após a reunião com o enfermeiro chefe da UCIP, enfermeira orientadora do EF e da professora orientadora do EF, submetemos a proposta do PIP para o Conselho de Administração, CFIC e Comissão de Ética do CHU (Apêndice C). A 27 de dezembro de 2020 foi dada autorização para prosseguir com a realização do PIP, com parecer positivo por parte das entidades anteriores (Anexo A e Anexo B).

Em seguida, operacionalizamos os objetivos específicos, incluindo em cada um as atividades e estratégias planeadas, recursos (humanos e materiais) e indicadores de avaliação.

Objetivo específico 1: Identificar o conhecimento dos enfermeiros da UCIP sobre as medidas utilizadas para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*.

Para dar resposta a este objetivo específico, aplicámos um questionário de avaliação de conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática. Da aplicação do questionário, surgiram dados estatísticos que foram apresentados no subcapítulo do “*Diagnóstico de Situação e a Definição do Problema*” e que permitiram fundamentar a necessidade do PIP.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF, enfermeiro chefe da UCIP e a equipa de enfermagem da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: aplicação *Google Forms*® (para aplicação do consentimento livre, esclarecido e informado, e do questionário de avaliação de conhecimentos) (Apêndice F) e o *Microsoft Office Excel*® (para o tratamento estatístico).

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centraram-se na apresentação dos dados estatísticos da amostra durante a formação em serviço e para a elaboração do RE.

Objetivo específico 2: Desenvolver um estudo retrospectivo sobre a planificação de cuidados de enfermagem para o doente crítico com *delirium* na UCIP.

Realizámos uma análise retrospectiva quantitativa relativa ao *delirium* na UCIP no período de 10 de novembro de 2020 a 10 de novembro de 2021. A análise incluía dados extraídos do sistema informático *B-ICU Care*®.

Dos dados, aferimos o número de internamentos na UCIP durante o período selecionado (determinação da amostra), número médio de dias de internamento, diagnóstico médico de admissão mais comum nos doentes com *delirium*, número de doentes que foram identificados com *delirium* (avaliação positiva na escala CAM-ICU), determinámos a taxa de incidência de *delirium* na UCIP e determinámos as características dos doentes com *delirium* na UCIP neste período. Esta análise encontra-se explanada no subcapítulo do “*Diagnóstico de Situação e a Definição do Problema*”.

Concluimos que o *delirium* é uma condição frequente na UCIP, mas sem expressão em diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem no sistema informático *B-ICU Care*®. Não existiam avaliações com a escala ICDSC e não existia evidência de registos de enfermagem com menção ao *delirium* e quais as estratégias não farmacológicas utilizadas para a prevenção e gestão do *delirium*.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF e o enfermeiro chefe da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: sistema informático *B-ICU Care*® (para extração dos dados para a análises retrospectiva) e o *Microsoft Excel*® (para o tratamento estatístico).

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centraram-se na apresentação dos dados estatísticos da amostra durante a formação em serviço e para a elaboração do RE.

Objetivo específico 3: Desenvolver uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI.

Procedemos ao desenvolvimento de uma RSL com vista a dar resposta ao objetivo: conhecer e identificar na evidência científica as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* em UCI (Apêndice D).

Todo o processo de seleção dos estudos foi realizado seguindo o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009). Iniciámos a RSL pela construção da seguinte questão de investigação, com recurso à metodologia *PICOD* (participantes, intervenção, contexto, resultados e desenho): “*Quais são as intervenções de enfermagem relevantes para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na unidade de cuidados intensivos?*”.

Foram utilizados descritores validados pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) na língua inglesa: *Critical care*, *Delirium*, *Nursing care*. Ainda, foram usados descritores não validados, como *Intensive Care Units* e *Nursing Interventions*, com o intuito de afunilar a pesquisa e a seleção de artigos. Realizando a interseção dos diferentes descritores nas plataformas eletrónicas de dados, construímos as equações booleanas para a nossa pesquisa.

A pesquisa dos artigos foi realizada entre novembro e dezembro de 2021 nas plataformas *B-On* e *EBSCO*, nomeadamente nas bases de dados *Complementary Index*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE*, *CIHNAL* e *SCOPUS*.

Como delineadores da pesquisa, foram selecionados apenas artigos em texto completo/integral (*full text*) e estudos realizados entre 2019 e 2021 (não foram incluídos estudos prévios a 2019 por existir uma RSL sobre a temática nesse ano) e foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos artigos incluídos foi realizada por dois investigadores, utilizando os critérios das grelhas de qualidade da *Joanna Briggs Institute* (JBI). Todo o processo de seleção dos estudos foi realizado de acordo com o modelo PRISMA.

Com base na aplicação dos critérios de elegibilidade, foram agrupados no total 1572 artigos. Para a análise e extração dos resultados relevantes, apenas foram selecionados 9 estudos em texto completo e estes foram classificados segundo o nível e qualidade de evidência de acordo com os critérios propostos pela JBI. Os estudos foram examinados na sua integridade, sendo aplicada a grelha de avaliação crítica proposta pelo JBI (*The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*) (Aromataris & Munn, 2020).

Dos estudos elegíveis, 2 eram estudos quase-experimentais (Krewulak et al., 2020; Contreras et al. 2021a), 4 eram estudos randomizados controlados (Arttawejkul et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Momeni et al., 2021; Nydahl et al., 2021) e 3 eram estudos observacionais descritivos (Rosa et al., 2019) e analíticos (Larsen et al., 2020; Spiegelberg et al., 2020).

Após a análise dos artigos, constatámos que existem muitos estudos sobre a temática, sendo um fator dificultador para a sumarização da evidência científica mais relevante. Apesar disso, encontrámos estudos que permitiram conhecer e refletir sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI. As intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* que foram extraídas dos artigos analisados encontram-se agrupadas em categorias e apesar de existirem estudos que comprovam a eficácia de certas estratégias, os resultados apresentados são pouco significativos. Apesar disso, os resultados que derivaram destes estudos podem ser uma mais-valia para a prática clínica do doente crítico com *delirium*.

Como limitação da RSL, destacamos que ainda existem poucos estudos que comprovem efetivamente a verdadeira eficácia das intervenções de enfermagem no doente crítico com *delirium* na UCI.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF e o enfermeiro chefe da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* (para a pesquisa dos artigos) e o *Microsoft Office Word®* (para a elaboração e redação do artigo).

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centraram-se nos resultados da RSL para a formação em serviço, para a elaboração da proposta da NOC e para a elaboração do RE.

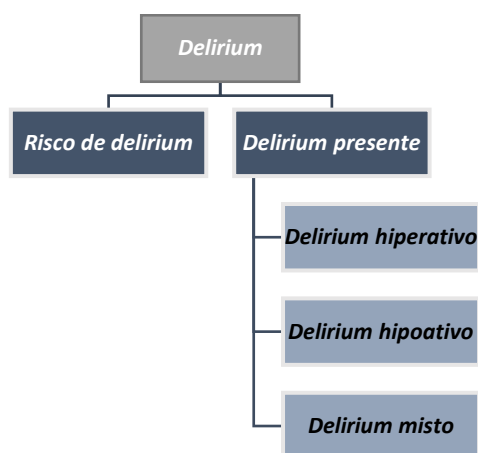
Objetivo específico 4: Uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP (diagnósticos e intervenções de enfermagem).

Após a realização da RSL, desenvolvemos a proposta da NOC para uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP (Apêndice G).

Partindo da evidência científica sobre os diferentes subtipos de *delirium* e as suas manifestações, foi possível delinear um conjunto de diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2019) (Figura n.º 4).

Figura n.º 4

Diagnósticos de enfermagem para o doente crítico com delirium segundo a taxonomia da CIPE.



Fonte: Elaboração do Próprio.

O diagnóstico de enfermagem **Risco de delirium** deve ser utilizado no plano de cuidados do doente internado na UCIP quando é identificado um ou mais dos fatores de risco e que estão integrados na *Lista de Verificação - Avaliação do Risco de Delirium* no sistema *B-ICU Care*® (Tabela n.º 4).

Tabela n.º 4

Critérios para o diagnóstico de enfermagem – Risco de delirium.

Diagnóstico de enfermagem	Fatores concorrentes para o diagnóstico (Lista de Verificação - Avaliação do Risco de <i>Delirium</i> no sistema <i>B-ICU Care</i> ®)
Risco de delirium	Score de APACHE II > 20 Idade (>65 anos) Disfunção orgânica (2 órgãos alvo afetados) Ventilação mecânica invasiva Défice cognitivo prévio História de consumos tóxicos (álcool e/ou drogas) Utilização de benzodiazepinas

Fonte: Elaboração e Adaptação de Devlin et al. (2018) e Stolling et al. (2021).

Face ao risco de desenvolver *delirium*, é necessário manter a monitorização frequente do doente e vigiar a sua ação, para despistar a presença de *delirium* e atuar atempadamente. O *delirium* deve ser monitorizado mais do que uma vez por dia ou sempre que exista uma alteração no comportamento do doente (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021). Desta forma são associadas as intervenções de enfermagem descritas na Tabela n.º 5. Na presença de CAM-ICU negativa, a vigilância deve permanecer até à alta clínica do doente.

Tabela n.º 5

Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem de “Risco de delirium”.

Intervenções de enfermagem	Horário
Monitorizar o <i>delirium</i> através da escala de CAM-ICU	Manhã/Tarde ou SOS
Vigiar ação do doente	Sem horário

Fonte: Elaboração do Próprio.

Na presença de fatores de risco, de uma avaliação CAM-ICU positiva e de alterações do comportamento, estamos perante uma situação de *delirium*. Desta forma, é necessário estabelecer um diagnóstico de enfermagem real, onde podemos diferenciar o subtipo de *delirium*.

Foram criados, nesta proposta de NOC, os seguintes diagnósticos de enfermagem: ***Delirium hiperativo, Delirium hipoativo e Delirium misto***. Os sinais são agrupados como características definidoras necessárias para a determinação do subtipo de *delirium*. A Tabela n.º 6 sumariza as características definidoras para cada diagnóstico de enfermagem.

Tabela n.º 6

Critérios para os diagnósticos de enfermagem – Delirium hiperativo, Delirium hipoativo e Delirium misto.

Diagnóstico de enfermagem	Característica definidoras do diagnóstico
<i>Delirium hiperativo</i>	<p>CAM-ICU Positivo + <u>Um ou mais das seguintes:</u> Inquietação; Agitação psicomotora; Alucinações; Agressividade</p>
<i>Delirium hipoativo</i>	<p>CAM-ICU Positivo + <u>Um ou mais das seguintes:</u> Letargia; Lentificação psicomotora; Hiporeatividade a estímulos externos; Inatenção</p>
<i>Delirium misto</i>	<p>CAM-ICU Positivo + <u>Alternância entre hiperatividade e hipoatividade</u></p>

Fonte: Elaboração do Próprio.

As intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* foram agrupadas em 9 categorias: estimulação cognitiva, estimulação sensorial, monitorização do *delirium*, controlo da dor, gestão da sedação, gestão do ambiente físico, promoção da qualidade do sono, mobilização precoce e envolvimento familiar (Liang et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

Desta forma, aos diagnósticos de enfermagem relativos ao *delirium*, estão associadas as intervenções de enfermagem face às categorias descritas anteriormente e convertidas segundo a linguagem CIPE (Tabela n.º 7).

Tabela n.º 7

Conjunto de intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem de *Delirium hiperativo, hipoativo e misto* (para o sistema informático B-ICU Care®).

Intervenções de enfermagem	Horário
Monitorizar o <i>delirium</i> através da escala de CAM-ICU	Tarde
Vigiar <i>delirium</i>	Manhã/Tarde/Noite
Gerir ambiente físico	Sem horário
Gerir a comunicação	Sem horário
Orientar	Sem horário
Executar terapia de estimulação sensorial	Manhã/Tarde
Promover mobilidade física	Manhã/Tarde
Otimizar sono	Tarde/Noite
Promover o envolvimento da família	Manhã/Tarde
Executar técnicas de imobilização	SOS

Fonte: Elaboração do Próprio.

As intervenções de enfermagem “*Gerir analgesia*”, “*Gerir sedação*” e “*Executar técnicas de imobilização*” já estavam associadas a outras atitudes terapêuticas, pelo que não devem ser introduzidas novamente, mas apenas contempladas como estratégias a ter em conta.

A Tabela n.º 8 exemplifica as atividades que concretizam cada intervenção de enfermagem delineada para os diagnósticos de enfermagem. As atividades descritas servem de orientação e uniformização dos cuidados de enfermagem nos doentes internados na UCIP.

Tabela n.º 8

Intervenções de enfermagem e descrição das atividades que concretizam as intervenções para os diagnósticos de enfermagem de *Delirium hiperativo, hipoativo e misto*.

Intervenções de enfermagem	Atividades que concretizam a intervenção
Monitorizar o <i>delirium</i> através da escala de CAM-ICU	
Vigiar <i>delirium</i>	<input type="checkbox"/> Hiperatividade (agitação psicomotora, inquietação, verborreia) <input type="checkbox"/> Hipoatividade (letargia, lentificação psicomotora, hiporeatividade a estímulos externos) <input type="checkbox"/> Alternância entre hiperatividade e hipoatividade

Gerir ambiente físico	<input type="checkbox"/> Fornecer objetos pessoais <input type="checkbox"/> Providenciar próteses/ortóteses <input type="checkbox"/> Remover dispositivos médicos desnecessários
Gerir a comunicação	
Orientar	<input type="checkbox"/> Orientar no tempo <input type="checkbox"/> Orientar no espaço <input type="checkbox"/> Orientar na pessoa <input type="checkbox"/> Explicar procedimentos <input type="checkbox"/> Explicar condição de saúde
Otimizar sedação	
Otimizar analgesia	
Executar terapia de estimulação sensorial	<input type="checkbox"/> Técnica de massagem relaxante <input type="checkbox"/> Musicoterapia
Promover mobilidade física	<input type="checkbox"/> Sentar na beira da cama <input type="checkbox"/> Verticalizar <input type="checkbox"/> Levantar para cadeirão <input type="checkbox"/> Deambular <input type="checkbox"/> Mobilizações passivas e ativo-passivas
Otimizar sono	<input type="checkbox"/> Limitar os alarmes no período noturno <input type="checkbox"/> Não interromper o sono <input type="checkbox"/> Reduzir o ruído <input type="checkbox"/> Reduzir a luminosidade <input type="checkbox"/> Oferecer tampões de ouvidos <input type="checkbox"/> Oferecer máscara ocular
Promover o envolvimento da família	<input type="checkbox"/> Facilitar o suporte familiar através da visita flexível <input type="checkbox"/> Ensinar o familiar sobre <i>delirium</i> <input type="checkbox"/> Instruir o familiar sobre estratégias não farmacológicas para o <i>delirium</i>
Executar técnicas de imobilização	

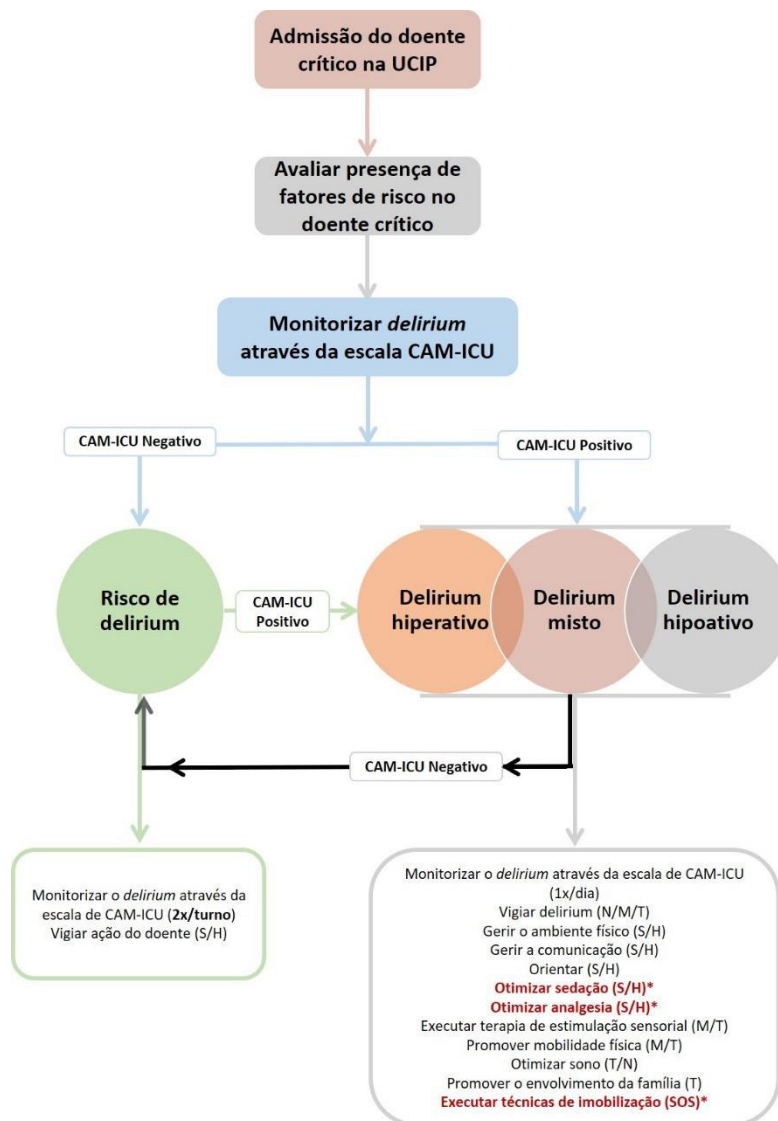
Fonte: Elaboração do Próprio.

Na presença de CAM-ICU negativa, deve ser dado termo ao diagnóstico de enfermagem. A vigilância deve permanecer até à alta clínica do doente, pelo que até lá deve ser levantado o diagnóstico de enfermagem de *Risco de delirium* (dado que uma história prévia de défice cognitivo agudo é um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*).

A execução desta proposta de NOC (Apêndice G) é guiada pelo fluxograma do “Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP” (Figura n.º 5) (Apêndice H).

Figura n.º 5

Fluxograma do “Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP”.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF e o enfermeiro chefe da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* (para a pesquisa dos artigos) e a RSL (Apêndice D).

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centraram-se nos resultados da RSL para a elaboração da proposta da NOC e para a elaboração do RE.

Objetivo específico 5: Realizar uma formação em serviço sobre a planificação de cuidados ao doente crítico com *delirium* na UCIP.

Seguidamente ao desenvolvimento da RSL e à elaboração da proposta da NOC, realizámos o planeamento da formação em serviço, com a construção do plano da sessão. Seleccionámos a data da formação em serviço de acordo com as disponibilidades da enfermeira orientadora do EF e com a tentativa para facilitar a adesão dos enfermeiros da UCIP.

No plano da sessão de formação em serviço encontra-se a identificação da instituição, a identificação do formando e supervisores/orientadores, a duração da formação, os objetivos da formação (geral e específicos), as fases da formação e respetivos descritivos (conteúdos, métodos pedagógicos, instrumentos pedagógicos e duração da fase), e os recursos necessários (Apêndice I).

A formação em serviço foi divulgada a partir de correio eletrónico, com pelo menos uma semana de antecedência, para a professora orientadora do EF, enfermeiro chefe da UCIP, enfermeira orientadora do EF e para a equipa de enfermagem da UCIP. No e-mail de divulgação foi anexado o cartaz de divulgação, que ficou igualmente afixado na UCIP. O cartaz de divulgação da formação em serviço encontra-se no Apêndice J e o e-mail informativo de divulgação da formação em serviço no Apêndice K. A data prevista para a formação era a 28 de janeiro de 2021, mas por impossibilidade do serviço, foi realizada a 2 de fevereiro de 2021.

Dado o contexto pandémico e as restrições de agrupamento de pessoas em pequenos espaços, como auditórios ou salas de reuniões, foi apenas possível a realização da formação em serviço de forma presencial com restrição do número de participantes, pelo que também optámos pela via online com recurso à plataforma *Microsoft TEAMS*® para melhorar a aderência. O link de acesso à formação em serviço foi enviado juntamente com o e-mail informativo e no cartaz de divulgação.

A formação foi criada em diapositivos, utilizando o *Microsoft Office PowerPoint*®, que se encontra em Apêndice L. A fundamentação da formação em serviço adveio da RSL elaborada no decorrer do EF e da pesquisa bibliográfica em plataformas eletrónicas.

Realizámos a sessão de formação, onde estiveram doze participantes, sendo duas delas a professora orientadora do EF e a enfermeira orientadora do EF. O enfermeiro chefe da UCIP não

esteve presente por incompatibilidade de horário face a compromissos superiores, mas a enfermeira substituta esteve presente.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF, enfermeiro chefe da UCIP e equipa de enfermagem da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* (para a pesquisa dos artigos), a RSL, a proposta da NOC, o computador, a televisão e a sala de reuniões da UCIP.

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centram-se na apresentação final da formação em serviço sobre o *delirium* e sobre a RSL, sobre o PIP e para divulgar a proposta de NOC.

Objetivo específico 6: Propor a implementação de medidas preventivas para o doente crítico com *delirium* na UCIP.

A partir da elaboração do fluxograma do “*Doente crítico com delirium: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP*” (Apêndice H), foi possível esquematizar o processo de pensamento crítico face à avaliação do doente crítico internado na UCIP perante a problemática do *delirium*.

A definição dos diagnósticos de enfermagem e a seleção das intervenções de enfermagem devem ser da responsabilidade do enfermeiro, consoante a monitorização do doente crítico com *delirium* e pelas características individuais do doente crítico.

Em concordância com o enfermeiro chefe da UCIP, será proposto ao Conselho de Administração a implementação dos diagnósticos de enfermagem e o respetivo conjunto de intervenções de enfermagem no sistema informático *B-ICU Care*[®], como explanado na proposta da NOC. Para cada diagnóstico de enfermagem será anexada a Tabela n.º 8 como forma de lembrete para elucidar os enfermeiros sobre as principais categorias das estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* e para facilitar a melhoria dos registos de enfermagem.

A realização da formação em serviço foi o mote para a atualização de conhecimentos dos enfermeiros da UCIP, facilitando assim a implementação de medidas preventivas para o *delirium*

e consequentemente alertar para a necessidade de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico na UCIP.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeira orientadora do EF, a professora orientadora do EF, o enfermeiro chefe da UCIP e a equipa de enfermagem da UCIP. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* (para a pesquisa dos artigos), a RSL, a proposta da NOC, o computador, a televisão e a sala de reuniões da UCIP.

Os indicadores de avaliação para este objetivo específico centram-se na apresentação final da formação em serviço sobre o *delirium* e da RSL, e divulgar a proposta de NOC.

3.6. Considerações Éticas

No decorrer do desenvolvimento do PIP, tivemos em consideração as implicações éticas do mesmo, pelo que para a sua realização, solicitámos a autorização ao Conselho de Administração do CHU e da UE. Tivemos em consideração os princípios de confidencialidade, segurança e anonimato, nomeadamente no tratamento de dados, solicitando o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes do PIP (Apêndice F).

O PIP foi discutido com o diretor clínico e com o enfermeiro chefe da UCIP, tendo-se obtido parecer positivo e disponibilidade para a implementação do PIP neste contexto. O termo de autorização do PIP por parte destes dois elementos foi enviado para o Conselho de Administração do CHU e para a Comissão de Ética do CHU, com aval positivo posteriormente (Anexo A e Anexo B).

Relativamente à recolha dos dados clínicos, realizámos várias consultas dos processos clínicos através do sistema informático da UCIP (*B-ICU Care*®), tendo em consideração a confidencialidade e a proteção de dados dos doentes internados na UCIP. Não foram recolhidos dados pessoais dos doentes internados na UCIP, apenas dados do processo de planificação de cuidados de enfermagem, sexo do doente, idade do doente e dados da aplicação das escalas CAM-ICU.

3.7. Avaliação e Resultados

A avaliação de um projeto é um processo dinâmico e rigoroso, que exige uma análise crítica das atividades desenvolvidas no decorrer do projeto e para comparar se os objetivos delineados inicialmente foram atingidos (Ruivo et al., 2010).

Relativamente ao **Objetivo específico 1**, foi possível identificar o conhecimento dos enfermeiros da UCIP sobre as medidas utilizadas para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*. As atividades planeadas para dar resposta a este objetivo centraram-se na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos. A partir da aplicação do questionário, justificamos a pertinência da temática selecionada para o PIP e adaptámos a formação em serviço às necessidades dos mesmos. Depreendemos que atingimos o objetivo específico proposto.

O **Objetivo específico 2** consistia em desenvolver uma análise retrospectiva sobre a planificação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP. Perante isto, começámos por realizar uma pesquisa prévia no sistema informático *B-ICU Care*[®] para planear o estudo retrospectivo. Definidos os dados a colher, realizamos uma análise retrospectiva quantitativa relativa ao *delirium* na UCIP no período definido.

Pelos dados extraídos, podemos concluir que o *delirium* é uma condição prevalente na UCIP, mas não existia uma planificação de cuidados de enfermagem uniformizada. As intervenções de enfermagem eram padronizadas, mas não centradas na individualidade do doente crítico em questão. Face à NOC da UCIP (CHU, 2018), depreendemos que deveriam existir avaliações do *delirium* através da escala ICDSC, o que não se verificou. Agrupámos os dados colhidos e realizámos o tratamento estatístico dos mesmos, apresentado os mesmos ao enfermeiro chefe da UCIP, enfermeira orientadora do EF, professora orientadora do EF e à equipa de enfermagem da UCIP durante a formação em serviço. Face a isto, podemos concluir que atingimos o objetivo específico proposto.

Perante o **Objetivo específico 3**, isto é, desenvolver uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI, iniciámos a mesma no início do EF e terminámos no período delineado pela professora orientadora do EF. O desenvolvimento da RSL permitiu identificar as principais intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* em contexto de UCI e agrupar num conjunto de 9 categorias

de intervenções. Ainda, dos resultados extraídos da RSL, foi possível complementar a formação em serviço e fundamentar as intervenções de enfermagem, de acordo com a evidência científica. Ora, dado o explanado anteriormente, concluímos que o objetivo específico proposto foi atingido na totalidade.

O **Objetivo específico 4** consistia em uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP. Face aos resultados da RSL e da pesquisa bibliográfica durante o EF, foi possível desenvolver uma proposta de NOC com a estruturação do pensamento e planificação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP. Construámos um fluxograma de ação e foram selecionados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem apropriadas para cada particularidade. A proposta da NOC foi discutida com o enfermeiro chefe da UCIP e depois divulgada na sessão de formação. A aprovação da proposta da NOC aguarda nova revisão pelo enfermeiro chefe e pelo Conselho de Administração do CHU. Apesar disso, compreendemos que o objetivo específico foi alcançado.

Como referido anteriormente, foi realizada uma formação em serviço sobre a planificação dos cuidados de enfermagem para o doente crítico com *delirium* na UCIP para a equipa de enfermagem, que consistia no **Objetivo específico 5**. Para a avaliação da formação, elaborámos um instrumento de avaliação de conhecimento sobre a temática, nomeadamente o questionário de avaliação de conhecimentos após a formação sobre a temática do PIP (Apêndice F).

O questionário de avaliação de conhecimentos após a formação sobre a temática do PIP foi divulgado a partir de correio eletrónico e no final da formação. O instrumento de avaliação foi elaborado a partir da plataforma *Google Forms*[®], tendo em consideração os princípios éticos do anonimato, proteção e confidencialidade dos dados.

A análise dos dados permitiu comparar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP antes e após a formação e avaliar a formação e formandos. No total de doze participantes na formação, apenas seis responderam aos questionários de avaliação após a formação e de avaliação da formação e do formador.

Transpondo os dados colhidos, relativamente à frequência do *delirium* no contexto de UCI, 100% da amostra respondeu que o *delirium* é uma condição frequente. Quanto ao número de subtipos de *delirium* que existem no doente crítico, 100% da amostra respondeu que existem três subtipos de *delirium*.

Outra questão centrava-se no subtipo de *delirium* mais comum no contexto de UCI, onde 50% da amostra respondeu “*Delirium misto*”, 33,3% “*Delirium hiperativo*” e 16,7% “*Delirium hipoativo*” (Gráfico n.º 12).

Cerca de 83,3% dos participantes da amostra consideraram que a CAM-ICU é essencial para detetar doentes com *delirium* (Gráfico n.º 13).

Gráfico n.º 12

Respostas da equipa de enfermagem sobre os subtipos de delirium mais comuns na UCI.

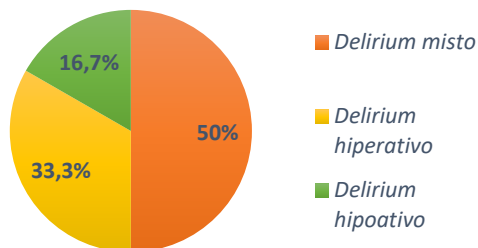
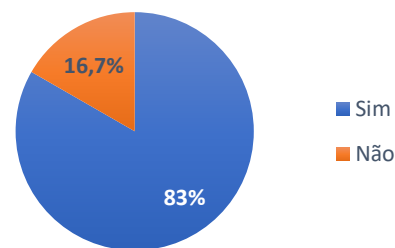


Gráfico n.º 13

Respostas da equipa de enfermagem sobre a importância da CAM-ICU para detetar o delirium.



Fonte: Elaboração do Próprio.

Na questão “*Num doente classificado com RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) de -5, é possível aplicar CAM-ICU?*”, 100% dos questionados responderam corretamente a alínea “*Não*”.

Após a formação em serviço, realizámos novamente a mesma questão sobre as intervenções de enfermagem mais importantes para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium*. As intervenções consideradas mais importantes foram: *Promover a qualidade do sono* (66,7%); *Facilitar o envolvimento da família* (66,7%); *Gerir o ambiente físico* (50%); *Promover estratégias de orientação* (50%); e *Gerir estratégias de comunicação* (50%).

A amostra considerou que as intervenções menos importantes para a prevenção e gestão do *delirium* seriam: *Restrição de movimentos* (0%) e *Gerir antipsicóticos* (7,4%). Cerca de 66,7% da amostra considerou que as estratégias não farmacológicas têm maior influência sobre o *delirium* ao invés das estratégias farmacológicas.

Todos os participantes da amostra referiram que a definição dos diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem são uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados na UCIP. Acrescentámos que o fluxograma da planificação dos cuidados desenvolvido, foi considerado como uma mais valia para a tomada de decisão perante o *delirium* no doente crítico na UCIP (100% responderam afirmativamente).

A Tabela n.º 9 apresenta os dados estatísticos relativos aos questionários de avaliação da formação e do formador, com vista a perceber a adequabilidade e a pertinência dos conteúdos abordados na formação em serviço.

Tabela n.º 9

Dados estatísticos dos questionários de avaliação da formação e do formador.

	Nada	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente
Considera que a formação apresentada correspondeu às suas expectativas?	0%	0%	16,7%	83,3%
Considera que os conteúdos da formação contribuem para a seu desenvolvimento pessoal e profissional?	0%	0%	16,7%	83,3%
Considera que a metodologia utilizada para a formação foi adequada?	0%	0%	16,7%	83,3%
Considera que a articulação do formador sobre os diferentes conteúdos temáticos foi eficaz?	0%	0%	0%	100%
	Pouco adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado
Considera que o conteúdo formativo foi adequado ao tema?	0%	0%	16,7%	83,3%
	Nenhum domínio	Domínio parcial	Domínio quase total	Domínio total
O formador demonstrou ter domínio sobre a temática apresentada?	0%	0%	16,7%	83,3%
	Nada interativa	Pouco interativa	Interativa	Muito interativa
Como considera que foi a relação/ interação entre o formador e os formandos?	0%	0%	33,3%	66,7%

	Nada clara e assertiva	Pouco clara e assertiva	Clara e assertiva	Muito clara e assertiva
Como considera a linguagem utilizada pelo formador durante a apresentação?	0%	0%	50%	50%
	Nenhuma disponibilidade	Alguma disponibilidade	Quase total disponibilidade	Total disponibilidade
Existiu disponibilidade para esclarecer dúvidas e questões por parte do formador?	0%	0%	0%	100%
	Sim		Não	
Considera que a duração da formação foi adequada?	100%		0%	

Fonte: Elaboração do Próprio.

Perante os dados acima descritos, podemos concluir que a formação foi uma mais valia para os enfermeiros da UCIP. Podemos, ainda, assumir que a formação trouxe contributos para a qualidade dos cuidados e conseqüentemente para a segurança do doente crítico com *delirium*. Desta forma, o objetivo específico foi atingido.

Por fim, o **Objetivo específico 6** centrava-se em propor a implementação de medidas preventivas para o doente crítico com *delirium* na UCIP. Efetivamente, não foram propostas alterações estruturais na UCIP, contudo, e como resultado da RSL e da proposta da NOC, foram exemplificadas estratégias não farmacológicas de baixos custos que podem ser implementadas na UCIP de forma autónoma.

Dado a situação pandémica e o crescente número de internamentos por Pneumonia por SARS-CoV-2, existe a dificuldade em facilitar o envolvimento familiar (muitas vezes com tempos de visita encurtados ou mesmo limitados pela condição do doente) e de permitir a presença de objetos pessoais (pelo risco acrescido de infeção).

Em parte, podemos inferir que o objetivo específico não foi atingido na sua totalidade, mas todas as atividades desenvolvidas durante o EF são um mote para a mudança e para a implementação de medidas acrescidas para prevenir e gerir o doente crítico com *delirium*.

Como forma de avaliar a efetividade da proposta de NOC, criámos uma lista de verificação do cumprimento da NOC (Tabela n.º 10).

Tabela n.º 10

Lista de verificação do cumprimento da proposta da NOC.

		Sim	Não	NA
1.	É realizada a avaliação do CAM-ICU na admissão do doente na UCIP?			
2.	É realizada a avaliação do Risco de Delirium no sistema <i>B-ICU Care</i> ®? (<i>Lista de Verificação - Avaliação do Risco de Delirium no B-ICU Care</i> ®)			
3.				
3.1.	Na <u>presença de risco de delirium</u> ¹ , há evidência do diagnóstico de enfermagem “Risco de Delirium” no plano de cuidados no <i>B-ICU Care</i> ®?			
3.2.	Na <u>presença de risco de delirium</u> ¹ , há evidência das intervenções de enfermagem no plano de cuidados no <i>B-ICU Care</i> ®?			
3.3.	Existem notas de enfermagem relativas à situação do doente?			
4.				
4.1.	Na <u>presença de delirium</u> ² , há evidência de um diagnóstico de enfermagem no plano de cuidados no <i>B-ICU Care</i> ®? (Diagnósticos de enfermagem: <i>Delirium</i> hiperativo, <i>Delirium</i> hipoativo ou <i>Delirium</i> misto)			
4.2.	Na <u>presença de delirium</u> ² , há evidência de intervenções de enfermagem no plano de cuidados no <i>B-ICU Care</i> ®?			
4.3.	Existem notas de enfermagem relativas à situação do doente?			

Legenda:

NA - Não Aplicável

¹**Risco de delirium** - Implica CAM-ICU negativa e presença de fatores de risco (fatores concorrentes).

²**Delirium presente** (hiperativo, hipoativo ou misto) - Implica CAM-ICU positiva e presença de características definidoras do diagnóstico (sinais e sintomas).

Fonte: Elaboração do Próprio.

Definimos os seguintes critérios para os indicadores de processo:

- Cada critério tem três hipóteses de resposta: **Sim**, **Não** e **Não Aplicável** (sendo que a resposta **Sim** tem uma pontuação de 1 e a resposta **Não** uma pontuação de 0);
- Definimos a seguinte fórmula para o cálculo do índice de conformidade, que permite inferir o valor percentual do índice de qualidade:

$$\frac{\text{Total de respostas } \mathbf{Sim}}{\text{Total de respostas } \mathbf{Aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ ___ \% (IC)}$$

A Tabela n.º 11 apresenta a escala selecionada para a avaliação dos resultados da conformidade da proposta da NOC.

Tabela n.º 11

Escala para a Avaliação dos Resultados da Conformidade da proposta da NOC.

Conforme	≥ 90%
Conformidade parcial	70% a 89%
Conformidade mínima	≤ 69%

Fonte: Elaboração do Próprio.

Em seguida passámos para as considerações finais do PIP, onde refletimos sobre as diferentes fases do mesmo e apurámos as limitações.

3.8. Considerações Finais

A identificação da problemática permitiu dar resposta a uma necessidade sensível aos cuidados de enfermagem e que é facilmente colmatável. A análise retrospectiva permitiu aferir a necessidade de uniformizar a planificação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP e refletir sobre o processo de pensamento e de tomada de decisão até ao momento. O desenvolvimento da RSL colmatou as lacunas sobre o conhecimento das medidas não farmacológicas para a prevenção e gestão do doente crítico *delirium* na UCI para a posterior construção da proposta da NOC.

A elaboração da proposta da NOC permitiu estratificar o processo de planificação dos cuidados, facilitando a definição dos critérios de diagnóstico para cada diagnóstico de enfermagem e definir um conjunto de categorias de intervenções de enfermagem, fazendo com que o fluxograma seja essencial para a prática clínica. A RSL e os resumos das categorias de intervenções são exemplos exímios de consultas para relembrar as diferentes estratégias não farmacológicas de acordo com a evidência científica mais recente.

A formação em serviço foi essencial para o incremento dos conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP e um local de discussão sobre a temática e sobre as mudanças a implementar no serviço. Ainda, permitiu a divulgação dos resultados dos estudos elaborados no decorrer do EF (análise retrospectiva e a RSL) e da proposta da NOC.

As atividades discriminadas anteriormente conseguiram dar resposta aos objetivos específicos na sua totalidade, conseguindo concretizar o objetivo geral do PIP.

Como limitação, podemos argumentar que não houve oportunidade de avaliar a efetividade e aplicabilidade do fluxograma e da proposta da NOC, com vista a perceber a mudança de comportamentos e a uniformização da planificação dos cuidados de enfermagem no sistema informático *B-ICU Care*[®]. Considerámos a importância desta atividade e refletimos com a professora orientadora e com a enfermeira orientadora do EF.

Com a elaboração das atividades discriminadas nos diferentes objetivos do PIP, foi possível desenvolver competências na área da PSC, realçando a construção de um pensamento crítico, aliado à ação perante situações críticas. O doente crítico com *delirium* exige a mobilização das diferentes competências descritas por Benner et al. (2011) e uma tomada de decisão diferenciada e focada na compreensão clínica e previsão clínica.

A utilização deste referencial teórico possibilitou o nosso planeamento perante a necessidade identificada, tendo em consideração os vários domínios defendidos por Benner et al. (2011). Ressaltámos que, acima de tudo, tivemos em conta as medidas de promoção do conforto no doente crítico com *delirium*, com vista a prevenir eventos adversos e a otimizar a segurança do mesmo. A integração da família nos cuidados de enfermagem especializados tornou-se essencial para a melhoria do estado de saúde do doente e para a sua qualidade de saúde, como advogado pelas autoras da teoria (Benner et al., 2011).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O *International Council of Nurses* (ICN) define a competência como um conjunto de características específicas e necessárias a desenvolver para a prática clínica. De acordo com os mesmos, um enfermeiro deve ser detentor de conhecimento, compreensão, capacidade de decisão (julgamento), habilidades (cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais), atributos e atitudes pessoais. Desta forma, as competências são uma combinação de conhecimento, habilidade e julgamento na prática clínica (WHO & ICN, 2009).

Benner (2001) reconhece que o enfermeiro, no decorrer da sua vida profissional, deve adquirir competências para desenvolver proficiência na prática clínica e confiança na tomada de decisão. Segundo o modelo de competências da mesma autora, a aquisição de competências é um processo dinâmico que decorre da experiência de cada enfermeiro e que é expectável que todo o enfermeiro atinja o nível de perito, suportando a sua ação com as suas experiências, evidência, orientações e compreensão intuitiva das situações (Benner, 2001; Nunes, 2010).

Focando na área da PSC, a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Crítico defende que o enfermeiro perito tem de ser capaz de adaptar o seu pensamento à situação clínica do doente, tendo em sua posse competências que o ajudem a dar uma resposta rápida e focada à necessidade identificada. Assim sendo, deve ser capaz de identificar e resolver problemas, assim como prevenir e antecipar os mesmos de forma rápida e em condições de pressão (Benner et al., 2011).

Segundo Benner et al. (2011), a prática especializada em cuidados críticos requer uma intervenção de elevada complexidade em que o desenvolvimento de competências específicas é resultado da associação entre a teoria, saberes práticos, julgamento clínico e da gestão de situações complexas e imprevisíveis. Os pressupostos teóricos de Benner et al. (2011) serviram de linha orientadora para o nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências no decorrer deste percurso.

Segundo a OE (2019a), o EE é reconhecido por ter competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialização reconhecidas, como foco na melhoria contínua da prática de enfermagem nas dimensões da orientação, liderança, educação e investigação.

Com vista a planear o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante os estágios, elaborámos os Projetos de Estágio (Apêndice A e Apêndice B) com uma descrição das atividades a realizar e os indicadores de avaliação para dar resposta às competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem.

Cada Projeto de Estágio foi elaborado de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a) e o Regulamento n.º 439/2018 de 16 de julho (OE, 2018), que definem o perfil de competências comuns do EE e as competências específicas do EE EMC - PSC, respetivamente.

Ainda, por forma a colmatar a necessidade de desenvolver as competências de mestre em Enfermagem, utilizámos, como guia, o documento aprovado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), enquadrado legalmente pelo Artigo 15º do Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018):

- “1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;*
- 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*
- 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;*
- 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;*
- 5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;*
- 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;*
- 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).*

O presente capítulo pretende explicar uma análise reflexiva de todo o processo de aquisição de competências, tendo em consideração todas as atividades formativas, académicas

e profissionais essenciais para esse efeito. Iremos começar pelas competências comuns do EE e seguidamente pelas competências específicas do EE EMC - PSC. Concomitantemente, integrámos as competências de Mestre em Enfermagem, dado que existe uma interligação entre as competências.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

As competências comuns do EE resultam de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) (OE, 2019a), as competências comuns são consideradas as:

[...] competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p.4745).

De acordo com o mesmo regulamento, as competências comuns dividem-se em quatro domínios de competências: “*Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*”, “*Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*”, “*Domínio da Gestão de Cuidados*” e o “*Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais*” (OE, 2019a, p. 4745);

Seguidamente descrevemos todas as atividades que foram realizadas para dar resposta a cada domínio de competência e às competências de Mestre em Enfermagem que se interrelacionam.

Competência Comum do EE - “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”

“Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2017, p.27).

No decorrer do EEPSC e do EF, mobilizámos os conhecimentos adquiridos na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Aquando necessário, realizámos uma revisão de todos os conteúdos abordados, nomeadamente os documentos reguladores e referenciais da deontologia da profissão de Enfermagem, como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico.

O Código Deontológico consiste num documento que agrupa um conjunto de deveres articulados entre si com direitos, sendo um pilar essencial para a prática dos enfermeiros. Este código encontra-se inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, capítulo VI, desde o artigo 95º até ao artigo 113º, publicado inicialmente no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril e republicado na Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro e posteriormente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, constituindo assim um documento do domínio jurídico (OE, 2015).

Além disso, o Código Deontológico tem um carácter universal para os enfermeiros, independentemente do seu enquadramento jurídico de trabalho, tendo como objetivo garantir o direito dos doentes a cuidados de qualidade e de segurança (OE, 2015).

O REPE é um documento basilar da profissão onde estão os conceitos e as competências atribuídas a quem está legalmente habilitado a exercer Enfermagem. No artigo 8º do mesmo documento é referido que *“os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”* (OE, 2015, p.101). Ora são a partir destes princípios e deveres que regemos a nossa prática clínica e que nos permite desenvolver esta competência.

Benner et al. (2011) advogam que na prática clínica não é possível separar o raciocínio clínico do raciocínio ético. O julgamento clínico requer a compreensão das ações e dos resultados esperados para o doente e familiares, carecendo de uma responsabilidade e de uma

tomada de decisão, assimilando sempre os princípios éticos nas decisões para o doente e familiares.

Perante o relatado anteriormente, nunca descurámos, na nossa tomada de decisão, os valores, princípios e normas deontológicas inerentes a cada situação clínica no decorrer deste percurso. Dirigimos a nossa prática clínica de acordo com os referenciais éticos, deontológicos e jurídicos que fundamentam a nossa profissão.

A tomada de decisão é considerada uma deliberação repleta de questões éticas, onde o profissional de saúde deve decidir entre as diferentes alternativas para dar resposta às situações que encara na sua prática clínica. A decisão perante os cuidados deve ser realizada a partir dos problemas que emergem da relação pessoa/enfermeiro e os cuidados adjacentes a esta relação (Fernandes, 2010). Para que a tomada de decisão seja a mais adequada, é necessário que exista uma reflexão, discussão e ponderação dos vários pontos de vista em plano, considerando sempre os valores e princípios éticos em causa. São vários os fatores que devem ser ponderados no processo de reflexão, sendo alguns exemplos, a qualidade de vida, a autonomia, a autodeterminação e a tomada de decisão face à situação clínica (Nora et al., 2016).

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode escolher agir de diversas formas, incluindo o não agir. Nunes (2015) reforça que os processos deliberativos de ponderação de uma ação em enfermagem são essenciais para a determinação da intenção à ação, resultando deste uma decisão, isto é, no ato ou ação em si, seja ele omissivo ou ativo na integração nos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e seus familiares.

Citando o artigo 100º do Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de:

- “a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;*
 - b) Responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”*
- (OE, 2015, p.8078).

Face a isto, no exercício deste novo papel, desenvolvemos estratégias de resolução de problemas em parceria com a equipa multidisciplinar, incluindo sempre a participação do doente e dos seus familiares na tomada de decisão. Atuámos em articulação com diferentes profissionais de saúde, colaborando nas *“decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da*

doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”, como mencionado no artigo 112º do Código Deontológico (OE, 2015, p.8080).

Delegámos tarefas em profissionais de saúde com preparação necessária para executar as ações destacadas e para o bem-estar do doente, encarando sempre a nossa responsabilidade perante essas mesmas e avaliando os resultados obtidos.

O trabalho de equipa e a tomada decisão em colaboração com outrem proporcionou um crescimento exponencial da nossa capacidade de respeitar as diferentes opiniões da equipa de saúde, como mencionado no artigo supracitado, onde o enfermeiro deve:

“a) Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (OE, 2015, p.8080).

O respeito pela autodeterminação é um aspeto fundamental nos cuidados de enfermagem, abarcando a dimensão da dignidade humana e que pode ser influenciado pela nossa tomada de decisão. O direito à autodeterminação está intrinsecamente ligado ao respeito pela dignidade humana, estando advogado em múltiplos diplomas ético-deontológicos e jurídicos (Nunes, 2015; OE, 2015).

Desta forma, quando refletimos sobre os direitos das pessoas e dos seus familiares, considerámos a proteção dos Direitos Humanos e o reconhecimento da dignidade humana, defendido através do diploma da Assembleia das Nações Unidas criado em 1948, proclamado como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e que se encontra sob forma de Carta dos Direitos Humanos em Diário da República n.º 57/78 de 9 de março de 1978 (Conselho de Ministros, 1978).

Os artigos 1º, 2º e 3º da declaração previamente mencionada resumem que todos nascemos *“livres e iguais em dignidade e em direitos”*, com *“direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”*, sem qualquer discriminação social, política, étnica, económica ou religiosa (Conselho de Ministros, 1978, p.489).

Do mesmo modo, outro recurso que utilizámos foram os diplomas emanados pela Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina, que tem como objetivo proteger:

“o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina”
(Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro, 2001, p.27).

Tivemos em consideração, na fundamentação da nossa tomada de decisão e na prestação de cuidados especializados, o respeito pelos valores humanos, como descrito no artigo 102º da Lei n.º 156/2 015 de 16 de setembro (OE, 2015), através dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça, vulnerabilidade e autonomia.

Relembrámos que durante os estágios e na vida profissional, tivemos situações em que foi necessário discutir e articular decisões em prol do bem-estar do doente e dos seus familiares. A gestão de situações complexas implica uma ponderação sobre as implicações das nossas ações e uma reflexão afincada sobre a tomada de decisão, intenções e as proposições.

Recordámos muitas situações de doentes em fase agónica e terminal, no limiar das suas reservas funcionais, onde debatemos com a equipa médica a limitação terapêutica e a necessidade de humanização dos cuidados. Constatámos um cenário clínico, no EEPSC, onde uma doente do sexo feminino tinha um diagnóstico terminal com proposta de medidas de conforto na SE. Perante a situação pandémica, as visitas no SU foram restringidas, pelo que a integração da família seria dificultadora. Ora, face a isto, debatemos com a enfermeira orientadora e possibilitámos a permanência dos familiares nesta fase. Foram removidos todos os dispositivos médicos desnecessários, após discussão com o médico assistente e foram adotadas as medidas necessárias para a gestão do conforto da doente e para facilitar o processo de luto da família.

Tal como enunciado por Huang et al. (2020), no SU, somos todos os dias confrontados com o dilema e o desafio clínico de determinar quando o tratamento é indicado e quando o cuidado em fim de vida começa. A exigência de cuidados de enfermagem para estes doentes, torna-se um desafio para os enfermeiros que trabalham no SU, uma vez que esta tipologia de serviço privilegia dar resposta às necessidades curativas em detrimento das necessidades dos doentes

em fim de vida. De acordo com Ventura et al. (2019), os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente/família no processo de fim de vida. O desenvolvimento de competências e aptidões específicas bem como o estabelecimento da relação terapêutica e o apoio emocional permitem ao enfermeiro a prestação de cuidados centrados na pessoa, eficazes e eficientes.

Na UC Investigação em Enfermagem desenvolvemos um trabalho relativo às *“Intervenções de enfermagem perante a pessoa adulta em fim de vida no Serviço de Urgência”*, que trouxe contributos para a nossa abordagem e respeito pela integridade do doente em processo de fim de vida.

Debatemos todos os dias a necessidade de promover o processo de fim de vida, sendo um desafio enorme no nosso contexto de trabalho. Perante o supracitado, lembrarmos, em primeira instância, a necessidade de proteger a privacidade do doente e a promoção da dignidade humana na prestação de cuidados.

A privacidade no SU pode ser um desafio facilmente ultrapassável. Decorrente da experiência profissional em SUMC, no EEPSC e no SUP, reconhecemos que, mesmo sendo serviços de tipologias distintas, todos centram-se no atendimento ao doente com doenças agudas com necessidade urgente e/ou emergente de tratamento em meio hospitalar. Muitas vezes, na SE, tivemos e temos admissões de doentes provenientes do meio extra-hospitalar, que se apresentam debilitados e expostos por inerência da primeira abordagem agressiva, mas necessária, para manter as funções vitais do doente. A fragilidade e a vulnerabilidade são evidentes nestas situações, cabendo a promoção da dignidade humana, respeito, privacidade e segurança. Segundo o artigo 76º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro:

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.8074).

Ainda, de acordo com o artigo 99º do Código Deontológico: *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (OE, 2015, p.8078).

Perante estas premissas, durante a prestação de cuidados na SE, tivemos em consideração a separação dos doentes através da sua colocação estratégica, a utilização de cortinas durante a prestação de cuidados e durante as visitas dos familiares, a limitação de profissionais de saúde desnecessários dentro da SE e a conservação da intimidade e privacidade durante a realização de procedimentos invasivos e não invasivos.

Na UCIP, uma realidade diferente da anterior, a maioria dos doentes encontram-se sedados e analgésicos, sem capacidade para tomar decisões, estando dependentes da decisão de terceiros (familiares e profissionais de saúde) sobre os seus cuidados, tornando-se evidente uma limitação no princípio da autonomia. Esta tipologia de serviço expõe os doentes e posiciona-os numa situação de extrema fragilidade, onde perdem o seu livre-arbítrio pela perda de autonomia, vontade e incapacidade física e psicológica. No estudo de Baggio et al. (2011) sobre a privacidade nas UCI e as implicações éticas para a prática de enfermagem, concluem que existem estratégias a implementar para garantir os direitos dos doentes, como a utilização de recursos materiais para promover a privacidade e ainda que existe uma carência na preocupação sobre a temática nos enfermeiros do estudo.

Não diferente do mencionado anteriormente, mas no contexto da UCI, salvaguardámos a dignidade e o respeito do doente através da privacidade com cortinas durante a prestação de cuidados, visitas e na realização de procedimentos invasivos e não invasivos. Mesmo sendo um serviço de tipologia “*open space*”, com uma exposição extrema do doente, depreendemos sempre a importância de manter a privacidade e de respeitar a dignidade humana, favorecendo a proteção dos princípios da beneficência e não maleficência.

As crenças e os valores religiosos são, algumas vezes, uma barreira para o tratamento, mas são princípios inerentes à autodeterminação do doente. Já nos deparámos com situações de doentes que recusam tratamentos, quer seja por motivos religiosos, étnicos ou ideológicos, mas fomos sempre de encontro ao disposto no artigo 102º do Código Deontológico:

“a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;

e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2015, p.8079).

Apesar da fundamentação dos benefícios e da segurança de determinada terapêutica ou tratamento, analisámos criteriosamente cada situação e os motivos da recusa, assegurando imperiosamente o respeito do doente pela escolha e autodeterminação, advogando acima de tudo a sua escolha.

Outro ponto a ressaltar e que está intimamente relacionado com o direito à autodeterminação, é o dever em informar o doente e os seus familiares sobre a sua situação clínica. Considerámos que o trabalho desenvolvido sobre a *“Omissão de informação clínica à pessoa”* na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem foi elucidativo e relevante para a aquisição de conhecimentos e a integração dos mesmos na prática clínica diária, facilitando a articulação entre a realidade e a parte jurídico-deontológica.

Durante os estágios e no nosso percurso profissional, houve a necessidade de reflexão permanente sobre os processos de tomada de decisão, conjuntamente com a equipa multidisciplinar e os enfermeiros orientadores dos estágios. Foi possível construir uma prática baseada em princípios éticos, deontológicos e jurídicos, sendo contributos essenciais para a análise dos fundamentos das nossas tomadas de decisão.

No decorrer do desenvolvimento do PIP e por forma a dar resposta às competências, tivemos em consideração as implicações éticas do PIP, pelo que para a sua realização, solicitámos autorização ao Conselho de Administração do CHU e da UE, com parecer positivo (Anexo A e Anexo B). Tivemos em consideração os princípios de confidencialidade, segurança e anonimato, nomeadamente no tratamento de dados, solicitando o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes do PIP (Apêndice F).

Desta forma, reconhecemos esta competência como essencial na área da nossa especialidade, pelo que conseguimos dar resposta à aquisição das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência Comum do EE - “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”

“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e

intersectoriais; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p.27).

Para darmos resposta a estas competências, mobilizámos os conhecimentos adquiridos nas UC Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica.

A par dos conteúdos lecionados nessas UC, foi necessário rever os documentos que abrangem a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em Portugal. A qualidade em saúde é um desafio e uma preocupação nacional e internacional. Analisámos a ENQS, o PNQS e o PNSD, que permitiram uma melhor compreensão dos conceitos, metas, estratégias e propostas de melhoria idealizadas a nível nacional (MS, 2015a; MS, 2015b; MS 2021).

Para além disso, analisámos os Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, particularmente os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC - PSC (OE, 2017) que orientam a prática clínica dos cuidados especializados em PSC, reformulados a partir da primeira proposta de padrões, isto é, o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015.

Previamente à realização dos EEPSC e EF, estudámos os referenciais de qualidade dos locais de estágio, nomeadamente os indicadores estratégicos da instituição (Plano de Atividades e Orçamento do Triénio 2021-2023 do CHU) (CHU, 2021a), os indicadores de qualidade das UCI (Paiva et al., 2017) e os indicadores de monitorização da qualidade nos serviços de internamento, nomeadamente para a Monitorização das UPP e as Quedas (através da escala de Braden e escala de Morse, respetivamente) (CHU, 2021b; CHU, 2021c).

Perante as atividades identificadas nos eixos do plano estratégico do CHU (CHU, 2021a), compreendemos a importância de desenvolver um PIP centrado na qualidade e segurança do doente, seguindo igualmente a linha de investigação do Mestrado da *“Segurança e qualidade de vida”*.

Para dar resposta a esta necessidade do CHU, definimos objetivos gerais e específicos como metas estratégicas para dar resposta às necessidades do serviço. Elaborámos uma RSL intitulada de *“Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos”* (Apêndice D), norteada pela melhor evidência científica e com o objetivo de delinear a proposta da NOC idealizada sobre o *“Doente crítico com delirium:*

Planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP” (Apêndice G), produto da investigação e com aplicabilidade no contexto do EF. Assim, identificámos oportunidades de melhoria, estabelecemos uma estratégia de melhoria e elaborámos um guia de boas práticas para a uniformização da planificação dos cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP, estando a aguardar a sua autorização pelo Conselho de Administração do CHU.

Além disso, no EEPSC também desenvolvemos uma RSL sobre os *“Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico”* (Apêndice M), uma formação em serviço sobre *“Avaliação do doente crítico: metodologia ABCDE”* (Apêndice N) com subsequente elaboração de um póster ilustrativo sobre a *“Avaliação do doente crítico: metodologia ABCDE”* (Apêndice O) que ficou afixado em diversas áreas da DC do SUP, foi divulgado na formação em serviço e ficou disponível para divulgação nos vários computadores do SUP como recurso para a equipa de enfermagem do SUP do CHU.

Reportando para as NOC, no início dos estágios, tivemos a oportunidade de ter contacto com todas as normas e orientações clínicas dos respetivos serviços, ficando a par dos procedimentos específicos de cada contexto, no que remete para a PSC e que foram alvo de projetos de melhoria contínua. Na UCIP debruçamos sobre as NOC relativas a:

- Terapias contínuas de substituição renal (anticoagulação com técnica de citrato e heparina);
- Analgesia, sedação e *delirium*;
- Monitorização invasiva (através de cateter arterial, pressão venosa central, pressão intra-abdominal e cateter PICCO®)
- Cuidados de enfermagem especializados e complexos à PSC (cuidados ao doente com VMI e VNI, pacemaker provisório intracavitário, nutrição entérica no doente crítico e protocolo de insulina endovenosa).

As investigações elaboradas no âmbito dos estágios foram divulgadas através da formação em serviço, pelo que no EEPSC foi realizada a formação em serviço sobre *“Avaliação do doente crítico - Metodologia ABCDE”* (Apêndice N) e no EF foi concretizada a formação em serviço sobre *“Doente crítico com delirium: Planificação dos cuidados de enfermagem”* (Apêndice L).

A formações realizadas serviram para a divulgação e incremento de soluções eficazes e eficientes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança do doente na área da PSC.

A UC Gestão em Saúde e Governação Clínica foi crucial para a atualização de conhecimentos sobre auditorias clínicas, sobre a gestão do risco e outras metodologias utilizadas para promover a melhoria contínua da qualidade em saúde.

No decorrer do estágio de observação no GCL-PPCIRA tivemos oportunidade de observar auditorias a processos clínicos relativamente a medidas de prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), isto é, feixes de intervenção. Na nossa experiência profissional anterior, tivemos oportunidade de colaborar em auditorias clínicas no âmbito do Controlo da Infeção e da Gestão de Equipamentos no contexto dos Cuidados Continuados. Estas oportunidades incrementaram o nosso conhecimento sobre as auditorias clínicas, a perceção da avaliação dos resultados obtidos e o desenvolvimento de estratégias de melhoria espelhadas pelos mesmos resultados.

Não nos é desconhecida a temática da gestão do risco, sendo que já trabalhámos numa instituição acreditada internacionalmente e com um sistema de notificação de risco padronizado em uma plataforma informática. A notificação era anónima e não punitiva, como idealizado pelo PNSD (MS, 2015). Relembremos o conhecimento de várias normas de notificação de incidentes, nomeadamente na notificação de riscos clínicos (isolamentos, ocorrência de quedas, desenvolvimento de UPP, incidentes e/ou reações adversas e óbitos) e riscos não clínicos. Desta forma, depreendemos que foi uma etapa essencial para assimilar a importância da gestão do risco para a segurança dos doentes e para a qualidade da prestação de cuidados.

Na mesma UC, desenvolvemos um trabalho na área da Gestão do Risco e Segurança do Doente, com o título de *“Comunicação eficaz – Método ISBAR”*. A comunicação é fundamental na prestação e continuidade de cuidados. A ineficiência da comunicação traduz-se na diminuição da qualidade dos serviços de saúde, sendo um dos momentos alvo de atenção para a qualidade da prestação de serviços e a segurança do doente, que é a passagem de turno (Gomes, 2011).

A transição de cuidados seguros baseia-se numa comunicação eficaz entre todos os intervenientes da relação, sendo essencial que exista uma comunicação precisa, atempada e sem lacunas. Desta forma, uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde permite

melhorar a segurança do doente e contribuir para a diminuição da ocorrência de eventos adversos (Gomes, 2011; DGS, 2017a). Segundo a Norma n.º 001/2017 da DGS (2017a, p.5), “a qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade”.

Na UCIP é utilizada a metodologia ISBAR (*Identify [Identificação], Situation [Situação atual], Background [Antecedentes], Assessment [Avaliação] e Recommendation [Recomendações]*) (DGS, 2017a, p.1), que é uma ferramenta comunicacional de fácil memorização pelos profissionais de saúde e de vasta aplicabilidade em diferentes contextos clínicos, sendo uma metodologia de comunicação simples, completa, compreensível, flexível, concisa e clara (Gomes, 2011; DGS, 2017a).

Com o trabalho desenvolvido e com a sua aplicação em contexto de estágio, compreendemos a sua utilização na transição de cuidados e os benefícios da mesma para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados especializados à PSC.

Assegurámos um ambiente terapêutico seguro durante a nossa prestação de cuidados à PSC, aplicando princípios relevantes como a dupla verificação prévia à administração de produtos sanguíneos na SE e na UCIP e ainda a manutenção da identificação positiva dos doentes nos momentos da admissão, da administração de terapêutica e na realização de exames complementares de diagnóstico. A implementação destes princípios permitiu reduzir a probabilidade de ocorrência de erros e eventos de risco.

Relativamente às estratégias para a prevenção de erros terapêuticos, tivemos em consideração a manipulação e administração de medicamentos “*Look-Alike*” e “*Sound-Alike*” (medicamentos *LASA*). Os medicamentos *LASA* são considerados medicamentos com nome e/ou fonética e/ou aspeto semelhante, facilmente confundíveis e com possibilidade de originar eventos adversos. Os medicamentos com ortografia ou aspeto semelhante são denominados de “*Look-Alike*” e os medicamentos com nome semelhante foneticamente são designados de “*Sound-Alike*”. Existem múltiplas propostas para reduzir a percentagem de erros associados a este tipo de medicamentos, como é o exemplo do “*Tall-Man Lettering*” (TML), que consiste na substituição de letras do nome do medicamento para letras maiúsculas e a negrito para facilitar a diferenciação (DGS, 2015a; Godinho et al., 2018).

A leitura e interpretação da Norma n.º 020/2014 da DGS, atualizada em 2015, foi imperativa para a integração e perceção desta metodologia de diferenciação e alerta, possibilitando a criação de um ambiente seguro na prestação de cuidados à PSC (DGS, 2015a).

No decorrer do EF e na vida profissional identificámos situações de risco através da aplicação de escalas de avaliação de risco, como a Escala de Morse, a Escala de Braden, CAM-ICU e a Escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS). A utilização destas escalas permite garantir a segurança do doente, evitando riscos para a sua qualidade de vida e ainda melhorar os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O conhecimento das NOC relativas à prevenção das infeções permitiu a nossa atualização face às boas práticas em vigor e refletir perante novos estudos, facilitando uma prática especializada baseada na evidência científica e em conformidade com as recomendações nacionais e internacionais.

Um dos domínios da prática especializada definidos por Benner et al. (2011) centra-se na segurança do doente, tendo em consideração a monitorização da qualidade, a prevenção e a gestão de situações de crise. É de conhecimento geral, que a UCI é um ambiente de elevada complexidade, altamente tecnológico e com necessidade de cuidados atempados e de elevada exigência. Perante isso, as autoras desta teoria refutam que o enfermeiro deve ser responsável e ter a capacidade de agir com julgamento clínico, tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes, pelo que a tomada de decisão deve ter em vista a prevenção de riscos para o doente (Benner et al., 2011).

Foram vários os momentos de reflexão sobre a melhoria da qualidade, segurança dos cuidados prestados nos diferentes contextos de estágios e a necessidade de gerir situações de crise, ponderando sempre os riscos para o doente crítico. Com a ajuda dos enfermeiros orientadores, foi possível identificar situações de risco, esquematizar resoluções e propor estratégias de melhoria.

Posto isto, considerámos ter conseguido dar resposta à aquisição das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e da área da disseminação do conhecimento científico como mestre em enfermagem.

Competência Comum do EE - “Domínio da Gestão dos Cuidados”

“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.27).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, o EE deve realizar a *“gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança das tarefas delegadas”* (OE, 2019a, p. 4748). A área da gestão em Enfermagem é uma área de intervenção de importância, pelo que se tem verificado uma evolução exponencial, nomeadamente pelo reconhecimento da Competência Acrescida em Gestão publicada no Regulamento n.º 100/2015 de 10 de março de 2015 e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor publicado no Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março de 2015.

A gestão de cuidados de enfermagem tem um papel preponderante para a qualidade e segurança dos serviços e dos doentes, acrescentando também a eficiência e eficácia dos cuidados de qualidade (Vaz, 2020).

No decorrer do EEPSC e do EF, mobilizámos os conhecimentos adquiridos na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica. Para atingir as competências, observámos, refletimos e discutimos o papel do enfermeiro responsável de turno no SUP e na UCIP, e o papel de enfermeiro gestor da UCIP.

No SUP, a função de enfermeiro responsável do turno é dada ao enfermeiro chefe de equipa, que normalmente é EE. Na UCIP, a função de enfermeiro responsável do turno é atribuída pelo enfermeiro chefe aos elementos que preenchem determinados requisitos da sua preferência. No decorrer dos estágios, foi possível acompanharmos os enfermeiros responsáveis e compreender o papel de liderança e gestão de um serviço.

Cummings et al. (2018) definem liderança como um processo capaz de ter um impacto positivo sobre os objetivos de uma organização de saúde e provocar alteração dos comportamentos dos elementos dessa organização. De acordo com os mesmos autores, uma liderança eficaz leva a uma maior satisfação no trabalho e compromisso no atingimento dos

objetivos e metas organizacionais. Além disso, um líder tem de ter a capacidade de inspirar e motivar os elementos da sua organização, apoiando e responsabilizando-se pelas ações dos mesmos.

A liderança no SUP é distinta da UCIP, na medida em que existem mais enfermeiros e postos de trabalho distintos. No SUP a gestão do serviço era realizada pela enfermeira chefe e na sua ausência, pelo enfermeiro responsável de turno, que tem a função de gestor de recursos (humanos e materiais) e ainda a prestação de cuidados. Perante a afluência de doentes, os enfermeiros responsáveis de turno têm a possibilidade de mobilizar enfermeiros para postos de trabalho com maior carga de trabalho e de necessidade de ajuda. Recordámos múltiplas ocasiões onde foi necessário auxiliar a enfermeira orientadora na gestão da equipa, sendo uma experiência enriquecedora para o nosso desenvolvimento de competências.

Na UCIP, o enfermeiro responsável de turno também assume a responsabilidade da equipa e do serviço na ausência do enfermeiro chefe, tendo a mesma função anteriormente descrita, contudo nem sempre assumem a prestação de cuidados. Perante a carga de trabalho calculada pela TISS-28, os doentes são distribuídos pelos enfermeiros escalados para aquele turno. Contrariamente, no SUP, não é possível quantificar linearmente a carga de trabalho através de escalas, dado que não é possível realizar uma previsão do número de admissões e internamentos no SU por ser um serviço caracterizado pela incerteza e improbabilidade.

Nos dois contextos, observámos o apoio e a orientação dos enfermeiros responsáveis do turno em situações mais exigentes, espelhando uma excelente postura de entreajuda e disciplina de liderança e companheirismo. A sobrecarga era enorme, pois são cargos que exigem muita responsabilidade, atenção e dedicação. Observámos diferentes métodos de organização do trabalho, de coordenação de equipas, de prestação de cuidados e gestão de recursos com o intuito de manter a eficiência do serviço e a qualidade dos cuidados.

Neste processo de desenvolvimento de competências de gestão de cuidados tivemos a oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe da UCIP durante um turno de observação. O enfermeiro chefe da UCIP é reconhecido como enfermeiro gestor do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do CHU e, perante isso, escolhemos dedicar tempo da UC EF para compreender a interligação em o papel de EE e o papel de enfermeiro gestor.

Durante esse turno de observação, foi dado ênfase à metodologia de trabalho de um enfermeiro gestor, gestão de recursos humanos, elaboração do horário mensal, gestão e requisição de material clínico, procedimentos de manutenção e notificação de avaria de equipamentos clínicos.

A gestão dos recursos humanos da UCIP é guiada pelas dotações seguras definidas e emanadas pela OE no Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2019b). A elaboração do horário mensal é realizada pelo enfermeiro chefe e pela enfermeira substituta no decorrer do mês prévio, tendo em consideração as normas de dotações previamente referidas, plano de férias, pedidos pessoais e necessidades do serviço.

A gestão e requisição de material clínico na UCIP é realizada através de um sistema de gestão de stocks. Segundo Teixeira (2021), a manutenção adequada do nível de stocks é um desafio para a gestão de uma organização, pois pode por em risco toda a logística de organização da instituição. A mesma autora refere que, habitualmente, em meio hospitalar, a gestão dos stocks de material clínico é realizada através de uma revisão periódica do material armazenado.

Verificámos que o enfermeiro chefe da UCIP faz uma gestão diária do material, retirando o necessário para as próximas 24 horas e alguma necessidade suplementar requisitada pelos enfermeiros ou pelas assistentes operacionais. Os pedidos de material clínico, em forma de requisição, são realizados através da plataforma digital da Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF), tendo em consideração as necessidades do serviço pelas admissões e especificidades dos doentes críticos internados. Os procedimentos de manutenção e notificação de avaria de equipamentos clínicos são supervisionados e reportados pelo enfermeiro chefe às entidades responsáveis para a manutenção atempada.

Depreendemos, no final deste turno, as principais tarefas de um enfermeiro gestor e chefe, facilitando a integração dos principais conceitos da liderança, gestão e governação clínica esperados para o EE.

Outro aspeto relacionado com a gestão dos cuidados é a colaboração na tomada de decisões em ambiente multidisciplinar. Durante os estágios procurámos participar nos processos de tomada de decisão, fundamentando a nossa perspetiva e reconhecendo as limitações de funções aquando a necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde.

No decorrer da nossa experiência profissional deparámo-nos com cenários onde é necessário solicitar apoio diferenciado de equipas multidisciplinares. Recordámos as incontáveis vezes em que tivemos que pedir apoio à Assistente Social para preparar a alta de doentes que estavam retidos no SU com alta médica pendente por falta de apoio familiar, incapacidade económica ou por necessidade dos familiares conseguirem encontrar estratégias adaptativas para a nova realidade do doente. A gestão destes cenários torna-se possível com a partilha da responsabilidade e na tomada de decisão, incluindo o enfermeiro chefe, o enfermeiro responsável de turno, o enfermeiro responsável pelo doente e a restante equipa multidisciplinar do serviço.

Aparte da tomada de decisão conjunta com outros elementos da equipa multidisciplinar, a delegação de tarefas é uma forma de gestão dos cuidados, onde o EE deve ter a capacidade de coordenar a equipa de prestação de cuidados, orientando a realização de ações em outros profissionais de saúde, tendo em consideração determinados fatores, decretados nos regulamentos deontológicos, nomeadamente o artigo 100º do Código Deontológico que refere que o enfermeiro deve “*Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega*” (OE, 2015, p.8078).

Ora, tendo em consideração a citação supracitada, no decorrer da nossa prática especializada na área do PSC, procurámos orientar a nossa tomada de decisão perante a situação inerente e delegar as tarefas, tendo em consideração a supervisão e avaliação dos resultados dos cuidados que delegámos com vista a garantir a qualidade dos mesmos e a promover a segurança do doente.

Os estágios e a experiência profissional são contextos complexos e com necessidade de uma gestão dinâmica, objetiva e motivadora. Observámos diferentes estilos de liderança e diferentes climas organizacionais, mesmo que na mesma instituição. A motivação e a satisfação dos enfermeiros eram reflexas da gestão e liderança do serviço, pelo que ficámos com contributos para a nossa prática especializada. Refletimos que a situação pandémica gerou desafios organizacionais, de liderança e de gestão de recursos.

Fomos capazes de reconhecer várias situações de conflito durante os estágios curriculares. Segundo Martins et al. (2020, p.2), os “*conflitos são inevitáveis nos espaços em que há interações entre as pessoas*” tendo impacto sobre o ambiente de trabalho e a produtividade. O estudo destes autores considera que a gestão de conflitos requer experiência e vivências, bem como

conhecimento de estratégias de resolução e apoio dos profissionais. A má gestão dos conflitos pode ter um impacto negativo nas equipas, causando má comunicação, ansiedade e stress, influenciando negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados (Martins et al., 2020).

Reportando para a prestação de cuidados à PSC, concluímos que é uma situação de stress, quer para o doente e familiares, como para os profissionais de saúde, existindo maior probabilidade de conflitos. A observação e análise com os enfermeiros orientadores sobre a gestão de conflitos e as possíveis soluções para os mesmos, foi uma mais valia para o nosso desenvolvimento e para a reflexão da nossa prática especializada. Considerámos essencial o desenvolvimento de relações em prol de um ambiente terapêutico, seguro e favorável aos cuidados da PSC.

Mantendo em consideração a teoria de Benner et al. (2011) para este processo de aquisição de competências, refletimos agora sobre o domínio da prática relativo ao conhecimento sobre liderança clínica, liderança moral e supervisão. Segundo as autoras, esta competência especializada exige o desenvolvimento de liderança perante os pares, sendo que esta depende do conhecimento clínico, sabedoria, capacidade de escuta ativa, comportamento e a valorização dos principais pontos fortes dos elementos da sua equipa.

Face a isto, ponderámos as características descritas anteriormente e depreendemos que, no decorrer deste percurso, também conseguimos desenvolver um senso de liderança clínica, atuando perante as necessidades dos doentes, delegando e supervisionando tarefas. Gerimos situações de crise e negociamos estratégias para colmatar conflitos.

Posto isto, considerámos ter conseguido dar resposta à aquisição das competências no domínio da gestão dos cuidados e as competências de mestre referenciadas anteriormente.

Competência Comum do EE - “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”
(OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p.27).

Segundo Rasheed et al. (2019), a autoconsciência é uma componente essencial para o desenvolvimento profissional e pessoal, e para promover uma relação terapêutica enfermeiro/doente eficaz. Torna-se uma ferramenta fulcral para enfermeiros, sendo um processo dinâmico, evolutivo e de autodescoberta, em constante mudança e que nunca atinge um limite. A autoconsciência pessoal e profissional não só permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica e interpessoal com os doentes, como ainda permite aprimorar o pensamento crítico e a tomada de decisão.

Na prática clínica é necessário analisar as emoções e as características pessoais, e identificar fatores que possam influenciar a nossa interação e relação terapêutica com os outros, como forma de autorreflexão e autoconhecimento. Rasheed et al. (2019) e Rasheed (2015) fundamentam que a partir dessa a reflexão, é possível desenvolver competências e diferenciar as nossas ações. Assim, a autoconsciência torna-se um processo deliberado e relacional que implica ter consciência pessoal e profissional, ou seja, autoconhecimento de si, em todas as situações.

Perante isto, reconhecemos que durante os estágios tivemos diversas dificuldades e que foi um grande desafio a prestação de cuidados à PSC, mas gratificante na medida de crescimento pessoal e profissional. Desenvolvemos a nossa prática profissional há cerca de sete anos e muito recentemente no SUMC do CHU, pelo que foi necessário realizar o EEPSC no SUP e o EF na UCIP. A experiência profissional prévia cingia-se a internamento em Cuidados Continuados e no Internamento Cirúrgico, mas, apesar disso, durante esse percurso, fomos investindo em cursos de curta duração na área da PSC (Urgência e Emergência), surgindo a vontade de mudança e de novos desafios profissionais.

O facto de termos realizado o EEPSC no mesmo contexto de trabalho foi uma experiência distinta na medida que permitiu ter uma noção mais abrangente da PSC e das suas necessidades de cuidados de enfermagem especializados. A realização do EF em contexto de UCIP possibilitou um crescimento exponencial como pessoa e a construção de um profissional especializado.

As diferentes experiências e contextos foram extremamente positivas pois permitiram a interação com diferentes profissionais de saúde e a adaptação a distintos contextos de atuação na área da PSC, facilitaram o autoconhecimento, a autorreflexão e a nossa consciência sobre as nossas dificuldades, limites (pessoais e profissionais) e forças.

A reflexão com os enfermeiros orientadores e com a orientadora pedagógica foi essencial para a análise das dificuldades e das barreiras à prestação de cuidados, promovendo um processo de construção da nossa identidade pessoal e profissional através da introspeção e do autoconhecimento, ajudando na nossa assertividade com os doentes, familiares e restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Todo este processo permitiu a gestão de sentimentos e emoções, facilitando a assertividade e a atuação eficaz em situação de maior pressão. Todos os dias, deparamo-nos com situações de Urgência e Emergência, sendo necessário reconhecer e antecipar situações de maior pressão e implementar estratégias de resolução. Em contexto de SE e na UCIP tivemos múltiplos cenários de descompensação da PSC, que requereram a mobilização de conhecimentos e a atuação precoce com vista a dar uma resposta eficaz (provenientes da UC Fisiopatologia e Intervenções Terapêuticas em Enfermagem Especializada e da UC EMC 4).

Recordámos situações em contexto de SE, onde um doente com insuficiência respiratória grave tinha a necessidade de ser submetido a entubação endotraqueal. A preparação atempada do material para a abordagem da via aérea facilitou todo o processo e permitiu a antecipação de possíveis complicações. Outros exemplos centraram-se na admissão de doentes do extra-hospitalar, pelo que tivemos que refletir com a enfermeira orientadora as necessidades do doente perante os dados limitados que tinham sido passados via telefónica (como a preparação do ventilador, a antecipação da Radiologia na ativação da Via Verde do AVC e a antecipação da UCI Coronários nas ativações da Via Verde Coronária). Estes e muitos outros exemplos permitiram desenvolver um processo de pensamento e de tomada de decisão perante situações emergentes.

A pressão é potencialmente geradora de situações de eventual conflitualidade, sendo o SU e a UCIP contextos promissores para esses acontecimentos. Para auxiliar nestas situações, mobilizámos os conhecimentos adquiridos na UC Relação de Ajuda em Enfermagem, onde foram lecionadas as temáticas de relação de ajuda, técnicas de comunicação e as técnicas de resolução de situações de conflito e de crise. Face a isso e posteriormente em estágio, foi possível refletirmos nas nossas ações, na nossa forma de comunicar com o doente, familiares e equipa multidisciplinar, com vista a evitar situações de conflito.

Benner et al. (2011) afirmam que o EE deve possuir conhecimentos e competências que lhe permitam identificar problemas (reais e potenciais), sendo capaz de desencadear uma

resolução eficaz para as necessidades do doente crítico. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o EE “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente*” (OE, 2019a, p.4749). Dado que os contextos de estágio eram desafiadores e assumimos uma lacuna nesta área, foi necessário a mobilização e aquisição de conhecimentos sobre a PSC. Ao longo deste percurso investimos na procura do conhecimento mais atualizado e proveniente da investigação, procurando sempre situações clínicas que desafiassem o nosso desenvolvimento profissional e pessoal, a nossa aprendizagem e destreza nas intervenções complexas e especializadas.

A formação em serviço foi uma estratégia favorecedora da aprendizagem e de desenvolvimento. No decorrer dos estágios fomos facilitadores da aprendizagem perante a realização da formação em serviço decorrente de um diagnóstico de necessidade formativas dos diferentes contextos, atuando como dinamizadores do conhecimento na área da PSC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

Reportando o mencionado anteriormente, as investigações elaboradas no âmbito dos estágios foram divulgadas através da formação em serviço, pelo que no EEPSC foi realizada a formação em serviço sobre “*Avaliação do doente crítico - Metodologia ABCDE*” (Apêndice N) e no EF foi concretizada a formação em serviço sobre “*Doente crítico com delirium: Planificação dos cuidados de enfermagem*” (Apêndice L). Avaliámos o impacto das formações através de questionários de avaliação sobre a formação e o formador no final de cada formação, utilizando os dados estatísticos que emergiram para a melhoria contínua desta competência.

A UC Formação e Supervisão em Enfermagem facilitou o desenvolvimento de habilidades na realização de formações em serviço, começando na avaliação das necessidades formativas, posteriormente a construção do plano de sessão da formação (Apêndice I) e por fim a avaliação do impacto e resultados.

Da investigação e elaboração das RSL (Apêndice D e Apêndice M), produzimos comunicações orais em formato de póster científico e apresentámos em congressos científicos nacionais e internacionais, nomeadamente no V Congresso Internacional de EMC com a comunicação oral com o título “*Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico*” (Apêndice P e Anexo D) e no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com o póster científico em forma de comunicação oral denominada “*Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na UCI*” (Apêndice Q e Anexo E). Na UC

EMC 5, foi desenvolvido o póster científico sobre “*Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde*” (Apêndice R) e apresentado no *International Congress on 21st Century Literacies* (Anexo F).

Ressaltámos novamente que no EEPSC desenvolvemos a RSL sobre os “*Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico*” (Apêndice M), com o objetivo de identificar os benefícios da utilização da metodologia *ABCDE* na avaliação do doente crítico, tendo sido submetido ao Concurso João Cidade (organizado pela UE e pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus) e acreditado como melhor trabalho académico e sendo atribuído o primeiro prémio.

Realçámos que discutimos todas as investigações com os enfermeiros orientadores e as suas implicações e contributos para a prática clínica especializada na área da PSC. Discutimos e refletimos sobre relevância da evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes na área da PSC.

Salientámos que somos participantes assíduos nas formações em serviço como formandos e formadores e em congressos nacionais e internacionais (Anexo G, Anexo H, Anexo I, Anexo J e Anexo H).

Posto isto, considerámos ter conseguido dar resposta à aquisição das competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e as competências de mestre analisadas previamente.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Reportando o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019a), a OE, define as competências específicas como:

“[...] competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019a, p.4745).

A EMC divide-se em áreas de especialização: área de peri-operatório, área da pessoa em situação paliativa, área da pessoa em situação crónica e a área da PSC. No Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018), foram definidas as competências específicas do EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC, que são as seguintes:

- *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”;*
- *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”;*
- *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, pp.19363-19364).*

Seguidamente descrevemos todas as atividades que foram realizadas para dar resposta a cada domínio de competência específica e competência de Mestre em Enfermagem, realizando uma análise reflexiva pormenorizada.

Competência Específica do EE EMC - PSC - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19359).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

Os cuidados de enfermagem especializados têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida, pelo que é exigido que o EE tenha a capacidade de intervir de forma a dar resposta às necessidades do doente crítico e dos seus familiares, tendo em consideração a deteção precoce, estabilização, manutenção, recuperação, vigilância, monitorização, prevenção de complicações

e eventos adversos, com vista a promover a saúde e a prevenir o agravamento do estado do doente crítico (OE, 2018).

Benner et al. (2011) advogam que o enfermeiro perito deve ter a capacidade de “*diagnosticar e vigiar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos*”, utilizando métodos de diagnóstico e monitorização por forma a prevenir situações de crise e de instabilidade fisiológica. Referem que o EE deve ser capaz de coordenar e gerir intervenções imediatas perante situações complexas e delegar múltiplas tarefas. Além disso, não deve descuidar as capacidades relacionais e reconhecer a importância da família para a recuperação do doente.

Ora, depreendemos o carácter complexo das necessidades da PSC, pelo que é exigido ao EE EMC - PSC o desenvolvimento de habilidades e competências de antecipação, deteção e prevenção de focos de instabilidade no doente crítico.

Para facilitar a abordagem em situações críticas, é essencial desenvolver um raciocínio clínico crítico, centrado nos cuidados ao doente, com vista a facilitar a tomada de decisão na prestação de cuidados complexos (Peixoto & Peixoto, 2017).

Perante isto, segundo Elbaih & Basyouni (2020), a avaliação sistematizada do doente crítico permite distinguir e tratar antecipadamente situações de risco de vida iminente, evitar complicações devastadoras para o doente e estabelecer prioridades com base nas alterações fisiológicas e/ou físicas. A metodologia ABCDE (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability*, E – *Exposure*) é o instrumento de avaliação mais utilizado e aceite globalmente, que permite um raciocínio clínico baseado numa abordagem sistemática do doente crítico, devendo ser utilizada na avaliação inicial, reavaliação e em situações de deteriorização do estado de saúde de qualquer tipo de doente. É considerado um instrumento de fácil compreensão, utilização e aplicabilidade em contexto prático e de simulação (Elbaih & Basyouni, 2020).

No EEPSC desenvolvemos a RSL sobre os “*Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico*” (Apêndice M), da qual extraímos os principais benefícios da utilização da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico. Subsequentemente, também elaborámos um póster científico ilustrativo sobre a “*Avaliação do doente crítico: metodologia ABCDE*” (Apêndice O) que serve de guia orientador na prática clínica especializada na SE.

Utilizámos constantemente esta metodologia para a identificação de focos de instabilidade e para a avaliação das nossas intervenções especializadas. Esta metodologia de avaliação do doente crítico permitiu responder de forma pronta e antecipatória, tando no contexto de SU e da UCI.

No decorrer deste percurso, tivemos a oportunidade de prestar cuidados técnicos de elevada complexidade dirigidos à PSC, nomeadamente:

- Abordagem e manutenção da via aérea avançada;
- Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VMI, VNI e oxigenoterapia de alto fluxo (OAF);
- Cuidados de enfermagem durante a entubação e extubação endotraqueal;
- Cuidados de enfermagem do doente crítico em decúbito ventral;
- Cuidados de enfermagem durante o desmame ventilatório;
- Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a drenagem pleural e torácica;
- Manipulação de traqueostomias e observação de broncofibroscopia;
- Colocação e aplicação do *PulmoVista*®;
- Realização e interpretação de gasometrias (arteriais e venosas);
- Cuidados na monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva (monitorização através de cateter *PICCO*®, pressão arterial invasiva, pressão venosa central e pressão intra-abdominal);
- Cuidados na colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central (CVC), cateter arterial, cateter epidural e cateter de diálise.
- Monitorização do nível de consciência através do BIS;
- Cuidados de enfermagem à pessoa sedo-analgesiada e curarizada;
- Cuidados de enfermagem durante a realização de terapias de substituição renal;
- Cuidados de enfermagem do doente politraumatizado;

Com a necessidade de incrementar o conhecimento sobre o doente crítico, no Congresso da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC), frequentamos o Workshop sobre OAF e VNI e a *Master Class Via Aérea Difícil* (Anexo K e Anexo L).

Perante os cuidados técnicos acima descritos, deparámos com uma panóplia de conhecimentos a reter e a mobilizar no dia-a-dia dos estágios, mas este desafio foi fomentador do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, tendo sido facilmente ultrapassado.

Na UC EMC 4 tivemos a oportunidade de frequentar cursos avançados de suporte de vida e trauma, com aproveitamento e aprovação. O curso de SAV, com dupla certificação pela *American Heart Association* e INEM, é um curso centrado no trabalho de equipa e que consiste na primeira abordagem a vítimas de paragem cardiorrespiratória (PCR), sendo essencial no contexto da SE e de UCIP. Outro curso que concluímos foi o curso avançado de trauma, nomeadamente o *International Trauma Life Support* (ITLS), que permitiu a aquisição de conhecimentos sobre a abordagem primária e secundária do doente crítico em contexto pré-hospitalar e que complementou a nossa prática profissional e para o estágio de observação na VMER (Anexo M e Anexo N).

No decorrer dos estágios, contactámos com múltiplos protocolos terapêuticos complexos que permitiram a autonomia na prestação de cuidados complexos à PSC, particularmente:

- Protocolo da Via Verde AVC;
- Protocolo da Via Verde Coronária;
- Protocolo da Via Verde de Sépsis
- Protocolo de terapias contínuas de substituição renal (anticoagulação com técnica de citrato e heparina);
- Protocolo de analgesia, sedação e *delirium*;
- Protocolo do posicionamento em decúbito ventral;
- Protocolo de nutrição entérica no doente crítico;
- Protocolo de controlo da glicemia capilar e gestão da administração de insulina endovenosa;
- Protocolo de manutenção da normotermia pós-PCR.

Perante a aplicação e a gestão dos protocolos complexos foi possível interiorizar conhecimentos e habilidades, facilitando as respostas atempadas a complicações decorrentes da condição de saúde do doente crítico e ainda a monitorização dos resultados esperados.

No EF desenvolvemos uma proposta de NOC sobre o “*Doente crítico com delirium: Planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP*” (Apêndice G) e elaborámos a RSL sobre as

“*Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na UCI*” (Apêndice D), que permitem a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* e integram um protocolo de prestação de cuidados complexos à PSC.

Adquirimos conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem durante o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar, com a realização de transportes do doente crítico na UCIP ou SE para exames complementares de diagnóstico e/ou para outros serviços de referência. Dado que a temática do PIP da nossa enfermeira orientadora do EF era sobre o transporte do doente crítico, foi possível refletir, em múltiplas ocasiões, sobre os cuidados, a gestão da equipa e os recursos necessários para a segurança do doente durante o transporte crítico de acordo com as recomendações internacionais e nacionais (OM & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A enfermeira orientadora do EF fazia parte da EEMIH, pelo que tivemos a oportunidade de sair em ativações da mesma, quer seja em situações de deteiorização fisiológica ou por PCR. Foi um aspeto facilitador da nossa aprendizagem na medida em que conhecemos a norma hospitalar, o equipamento e a articulação entre a equipa multiprofissional perante situações de crise e de falência orgânica.

Por forma a complementar o processo de aquisição de competências específicas, realizámos um estágio de observação em ambiente extra-hospitalar, nomeadamente na VMER, com um total de 32 horas (quatro turnos) (Anexo O). Tivemos poucas ativações da VMER, mas dessas, foi possível perceber e compreender a dinâmica entre o enfermeiro, médico e técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) na abordagem à vítima e na comunicação de dados ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Além disso, conhecemos a composição da viatura médica e os protocolos vigentes do INEM. Concluimos que a realização do estágio de observação na VMER no EF foi uma mais valia para este processo de aquisição de competências e para a percepção da abordagem da PSC no meio extra-hospitalar.

No decorrer do EF tivemos desfechos infelizes, onde, apesar de todos os esforços para a antecipação da instabilidade e para a recuperação do doente crítico, não foi possível evitar a morte cerebral. Recordámos um caso clínico na UCIP de um doente crítico internado com o diagnóstico de epilepsia e que, apesar de toda a gestão terapêutica e abordagem essencial para evitar a falência orgânica, não foi possível evitar o esperado, tendo evidenciado ausência das funções cerebrais. Discutimos com a enfermeira orientadora sobre as opções dos familiares, as

questões éticas, deontológicas e jurídicas inerentes à morte cerebral e ainda os critérios de seleção dos doentes potenciais dadores de órgãos e tecidos. Refletimos o protocolo do CHU sobre a definição de morte cerebral e a NOC sobre a preservação do potencial dador de órgãos e tecidos desenvolvida em contexto de PIP por uma EE EMC - PSC (em processo de aprovação pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHU). Ainda, mobilizámos os conhecimentos adquiridos na UC EMC 4 sobre a temática.

Face ao descrito, reconhecemos que adquirimos conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e a manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.

Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, a *“abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional”* (DGS, 2017b, p.4). A Circular Normativa Nº 09/DGCG de 2003 emitida pela DGS alude que o *“controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”* (DGS, 2003, p.1).

A implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo e alívio da dor foram uma prioridade durante a prestação de cuidados especializados à PSC. Os doentes críticos que são admitidos na SE ou na UCIP, pela gravidade do seu estado clínico, pelos procedimentos invasivos e pela presença de dispositivos médicos, experienciam a dor, pelo que são necessárias uma avaliação sistemática e uma monitorização através de escalas adaptadas e validadas. No decorrer dos estágios, o reconhecimento da dor foi realizado através de escalas validadas, como a Escala Numérica da Dor (END), Escala Visual Analógica (EVA) ou a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

Nos dois contextos de estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico sedo-analgesiado com o objetivo de promover a gestão da dor, para a otimização da ventilação e tolerância da entubação endotraqueal ou para a realização de procedimentos invasivos. A gestão diferenciada da dor permitiu um reconhecimento atempado e uma resposta imediata da dor através da titulação e da progressão da terapêutica consoante as necessidades da PSC, de acordo com a Escada da Analgesia da OMS.

A comunicação é parte integrante do trabalho de um enfermeiro, sendo mesmo considerada uma ferramenta básica e fundamental, quer a nível do cuidado ao doente, relação com a sua família ou ainda perante as relações com a equipa multidisciplinar (Pereira, et al., 2013). No artigo 105.º do Código Deontológico, relativamente ao respeito à autodeterminação, o enfermeiro assume informar o doente e a família no que respeita aos cuidados prestados e explicações necessárias face a esses cuidados a ambos (OE, 2015). Santos et al. (2010) descrevem que a comunicação é um fator determinante da qualidade e segurança na prestação de cuidados ao doente.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018 (OE, 2018), enquanto EE EMC - PSC, devemos ser capazes de gerir a comunicação e a relação terapêutica com a PSC e os seus familiares durante a prestação de cuidados, demonstrando conhecimentos sobre as técnicas de comunicação em situação crítica e, se necessário, aplicar estratégias para facilitar a comunicação da complexidade do estado de saúde da PSC.

A comunicação com a PSC e os seus familiares é um desafio e conseguimos compreender que desenvolver e adquirir competências a nível comunicacional é uma das competências ético-jurídico-deontológicas do enfermeiro especializado, sendo uma mais valia para as intervenções de enfermagem. Compreendemos a influência que a nossa comunicação tem para a PSC e a sua família, possibilitando a gestão da ansiedade e do medo de ambos. A simples explicação prévia dos procedimentos invasivos e do plano para o doente, assegurar a segurança e a partilha de informação, foram estratégias aplicadas na SE e na UCIP, que possibilitaram a construção de uma relação terapêutica.

Na UC EMC 1 desenvolvemos o trabalho "*Cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Aplicação da teoria à prática clínica*", com o intuito de selecionar um modelo de comunicação de más notícias para aplicar a um cenário clínico, de onde compreendemos ser uma mais valia para a prática clínica na PSC. Utilizámos como referência o protocolo SPIKES (*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*), tendo em conta que este auxilia no alívio da angústia associada à transmissão de más notícias, tanto junto dos doentes e da sua família, como dos profissionais de saúde (Calsavara et al., 2019).

Infelizmente, a comunicação de más notícias é uma realidade muito frequente em contexto de UCI e SU. Relembrámos uma situação no EEPSC de um doente do sexo masculino, vítima de

tentativa de suicídio por enforcamento, onde foi necessário abordar e informar os familiares sobre esta situação, tendo em consideração a fragilidade da mesma e as implicações. A utilização de técnicas de comunicação para com a família foi facilitadora e a aplicação do protocolo de más notícias tornou-se uma mais valia para sistematizar a abordagem à família. Refletimos, com a enfermeira orientadora, identificando aspetos de melhoria e práticas de risco, com vista a otimizar futuramente a mesma necessidade, evitar erros e ainda possibilitar a relação terapêutica.

Focando na relação, a mesma é essencial no processo de cuidar, sendo considerada um meio poderoso de intervenção em Enfermagem. A relação de ajuda é uma relação terapêutica que assenta numa abordagem centrada na pessoa, com necessidade de um planeamento prévio, estruturação da intervenção e com definição de objetivos, com vista a criar um ambiente propício ao aconselhamento, ao crescimento e desenvolvimento pessoal, à maturidade e a uma maior capacidade para enfrentar as mudanças da vida (Phaneuf, 2005; Simões & Rodrigues, 2010; Coelho et al., 2020).

Segundo Phaneuf (2005), a relação de ajuda tem como objetivo ajudar as pessoas a ultrapassar um problema ou dificuldade, explorando sentimentos e o sentido existencial da mesma. Não é uma intervenção de fácil aplicabilidade, pois, para explorar a vivência emocional de uma pessoa é necessário que a mesma esteja disponível para a abertura. Assim, a mesma autora descreve que existem várias fases na construção de um plano de relação de ajuda, como a fase de preparação, a fase de orientação, a fase de exploração da relação e o fim da relação, que orientam a intervenção do enfermeiro na prática clínica.

Simões & Rodrigues (2010), reforçam que a relação de ajuda é uma intervenção autónoma, decisiva e complexa para a dar resposta às necessidades de cuidados de saúde, independentemente da sua situação/problema e/ou contexto.

Apesar da complexidade da comunicação e da relação terapêutica, considerámos que adaptámos a nossa comunicação às particularidades do doente e dos familiares. Ajustámos as nossas estratégias comunicacionais e relacionais perante as condições singulares dos mesmos.

Relembámos a situação de doentes conscientes e com entubação endotraqueal ou traqueostomia, em que utilizámos um quadro interativo adaptado e concretizado no PIP de outra EE EMC-PSC na UCIP para permitir a expressão das necessidades dos doentes pela via

escrita ou ilustrativa. A UCIP também tinha em sua posse um *tablet* com uma aplicação interativa que permitia a comunicação destes doentes. A utilização destas técnicas e da tecnologia permitiu diminuir as barreiras comunicacionais, a frustração e o desconforto dos doentes.

O processo de morte é muito vivenciado no SU e na UCIP, pois são dos serviços com mais doentes com impossibilidade de restabelecer as funções vitais, pelo que perante esta situação é necessário ter em consideração a dignificação da morte e a preparação para o processo de luto. A RSL desenvolvida na UC Investigação em Enfermagem sobre as *“Intervenções de enfermagem perante a pessoa adulta em fim de vida no serviço de urgência”* permitiu refletir sobre o processo de fim de vida no SU, nomeadamente os fatores facilitadores e dificultadores do processo de fim de vida.

Deparamos, frequentemente, com situações de fim de vida na nossa prática profissional e o trabalho referido anteriormente permitiu ultrapassar parte desse desafio. Mesmo que o SU seja um serviço complexo, desorganizado e desadaptado, é possível alocar os doentes em processo de fim de vida em locais mais resguardados e silenciosos, proporcionando a privacidade, o conforto, o controlo da dor, o acolhimento da família, a despedida e a dignidade de vida do doente crítico nesta fase.

Além disso, quando confrontados com situações de fim de vida, direcionámos as nossas atenções para a compreensão da espiritualidade e das crenças do doente/família, seguindo os referências deontológicas de *“Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”*, *“Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”* e o *“respeito pela pessoa em situação de fim de vida”*, citados nos artigos 102º, 103º e 108º respetivamente (OE, 2015, pp. 8079-8080).

Refletimos que a situação pandémica trouxe desafios para a dignificação da morte e do processo de luto. A despedida é mais curta e a número de familiares tem de ser limitado, o que poderá ser dificultador para o luto e para o bem-estar psicológico do doente/famíliaes.

Desta forma, conseguimos dar resposta à aquisição da competência específica e à competência de mestre.

Competência Específica do EE EMC - PSC - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19359).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

De acordo com a *WHO*, a catástrofe é qualquer incidente que pode dar termo à vida humana e/ou causar danos relacionados com a saúde, pelo que é necessário desenvolver uma resposta imediata, baseada em preparação e planeamento atempado das instituições de saúde e outras entidades responsáveis pela proteção dos cidadãos (Harhi et al., 2020).

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, uma situação de catástrofe consiste num “*acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional*” (Assembleia da República, 2006, p.4696).

As catástrofes afetam a vida das pessoas, a economia e as instituições de saúde. Os enfermeiros desempenham um papel significativo na prestação de cuidados às pessoas e aos familiares em situações deste calibre, pois estão capacitados para trabalhar com outros profissionais de saúde na identificação de riscos, planeamento de planos estratégicos, treino e preparação para a resposta em tempo útil nestas situações (Harhi et al., 2020).

Decorrente de uma catástrofe, são criadas situações de emergência que necessitam de uma resposta atempada e focada. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018:

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.” (OE, 2018, p.19362).

A situações de exceção são consideradas situações “*em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis*” (INEM, 2012, p. 12).

Assim, o EE EMC - PSC deve ser capaz de atuar, conceber, planejar e gerir a resposta perante “*situações de emergência, exceção e catástrofe*” de uma forma sistematizada, eficaz e eficiente (OE, 2018, p.19363).

Os planos de evacuação têm como objetivo estabelecer os procedimentos a adotar, de forma a promover a evacuação rápida e segura no caso de uma situação de emergência. Durante os estágios não tivemos a possibilidade de colaborar na elaboração de planos de resposta a situações de catástrofe, exceção e emergência. Não foi possível gerir situações desta natureza, dado a imprevisibilidade das mesmas. Apesar disso, tivemos em consideração a necessidade de salvaguardar as condições de segurança dos doentes e dos profissionais de saúde e adequar as respostas a uma dessas situações através da pesquisa e consulta de documentos orientadores sobre esta temática, nomeadamente a Orientação n.º 007/2010 sobre a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (DGS, 2010b). Além disso, no início dos estágios, procurámos consultar os planos distritais e municipais para situações de emergência e catástrofe das regiões abrangentes do SUP e da UCIP.

Participámos na formação em serviço relacionada com o Plano de Catástrofe e Evacuação do SUMC, compreendendo as medidas de segurança, alterações funcionais do SU e a alocação dos diferentes profissionais de saúde pelos postos de trabalho idealizados no plano. Tivemos a oportunidade de refletir com a enfermeira orientadora do EEPSC sobre o Plano de Evacuação e Catástrofe do SUP.

Na UCIP refletimos sobre o Plano de Evacuação da UCIP desenvolvido por uma EE EMC - PSC no contexto do EF previamente ao nosso. Depreendemos a metodologia do sistema de triagem dos doentes internados de acordo com as suas necessidades e hipóteses de sobrevivência. Este plano estabelece vários graus de prioridade baseados na avaliação de critérios (estado de consciência, necessidade de VMI ou VNI ou oxigenoterapia suplementar e a necessidade de terapêutica vasoativa) que definem a sequência da evacuação, fluxograma de evacuação e os locais para a alocação dos doentes (CHU, 2020b).

Os conteúdos teóricos lecionados na UC EMC 3 contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento desta competência. Ainda, na mesma UC, desenvolvemos um póster científico sobre o “*Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde*” (Apêndice R), que nos permitiu identificar os principais sintomas associados ao impacto psicológico da

pandemia nos profissionais de saúde e a consensualidade para tentar encontrar estratégias para promover a saúde mental durante esta situação de exceção.

A situação pandémica atual é uma situação de exceção que exigiu várias mudanças no funcionamento dos serviços, nomeadamente nos serviços que acolhem e abordam em primeira instância, como o SU. A criação de planos estratégicos com a criação de áreas específicas para doentes com sintomatologia e casos confirmados para SARS-CoV-2 foram essenciais para a promoção da segurança dos doentes e a limitação da transmissão do vírus.

O EF e o EEPSC decorreram na fase de mitigação, pelo que prestámos cuidados de enfermagem especializados a doentes com SARS-CoV-2, tendo em consideração os planos de contingência para a SARS-CoV-2 do SUP, SUMC, UCIP e do CHU.

Durante a fase de mitigação pandémica, tivemos a oportunidade de criar os circuitos para a separação dos doentes infetados com SARS-CoV-2, doentes suspeitos e doentes não infetados numa Estrutura Residencial para Idosos. Delimitámos as áreas limpas e contaminadas e realizámos formação informal aos diferentes profissionais de saúde sobre a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e os circuitos internos, de acordo com a Orientação N.º 009/2020 da DGS sobre “COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados” (DGS, 2020a).

No decorrer do estágio de observação do GCL-PPCIRA, colaborámos na reformulação do plano de triagem e circuitos internos para doentes suspeitos e confirmados para SARS-CoV-2 no Grupo Hospitalar Privado do Sul.

Durante este percurso académico desenvolvemos conhecimentos e habilidade em SAV e trauma, que se tornam essenciais para aplicar em situações de emergência, exceção e catástrofe e no estágio de observação na VMER (Anexo M, Anexo N e Anexo O).

A triagem de prioridades permite identificar a necessidade de atendimento urgente e/ou emergente de uma forma objetiva através da tomada de decisão com fluxogramas de decisão e posterior classificação dos doentes pelas prioridades clínicas (Grupo Português de Triagem [GPT], 2010; DGS, 2018).

A triagem de situações de urgência e emergência, tal como a utilização do Sistema de Triagem de Manchester, não nos é desconhecido, dado que a utilizámos no nosso contexto profissional no SUMC. Tivemos ainda a oportunidade de frequentar, recentemente, o curso de Triagem de Manchester na sequência da necessidade do nosso contexto laboral (Anexo P).

Relativamente à catástrofe, no curso de Triagem de Manchester debatemos sobre os fluxogramas de decisão em situações de catástrofe. O processo de triagem durante uma situação de catástrofe com multi-vítimas é distinto do habitual, pelo que é necessária uma avaliação primária simples, dividindo os doentes em categorias, para uma posterior avaliação secundária (GPT, 2010).

No estágio de observação na VMER tivemos a oportunidade conhecer e refletir sobre o método de triagem “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (START), que utiliza discriminadores simples e compreensíveis para todos os profissionais de saúde que colaboram com o INEM (INEM, 2012).

Relativamente à prática de crimes, preservação de vestígios e o encaminhamento para o apoio à vítima, na UC EMC 3 tivemos a oportunidade de assistir a uma formação sobre esta temática, o que foi uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência e uma aprendizagem essencial para a nossa prestação de cuidados no SU.

Concluimos que conseguimos dar resposta à competência específica sobre a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e às competências de mestre.

Competência Específica do EE EMC - PSC - “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19359).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

As IACS são definidas como uma infeção localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos e que pode ocorrer durante a hospitalização e para a qual não existe evidência que estivesse presente no momento da admissão (DGS, 2009).

Segundo a DGS (2018b), as IACS e o aumento das resistências aos antimicrobianos (RAM) são um problema a nível mundial, sendo que não é possível ignorar as implicações que ambas trazem para o aumento da mortalidade e morbilidade, prolongamento do tempo de internamento, aumento dos custos em saúde, diminuição da qualidade de vida e repercussões para a comunidade.

Perante estes factos e considerando o risco de infeção decorrente dos contextos críticos de ação na PSC (necessidade de procedimentos invasivos para a manutenção da vida e prevenção da falência orgânica), cabe ao EE EMC-PSC, o conhecimento e a aplicação de estratégias para a prevenção e controlo de infeção e de RAM.

Por forma a complementar o processo de aquisição de competências específicas neste contexto, realizámos um estágio de observação no GCL-PPCIRA de um Grupo Hospitalar Privado do Sul, acreditado pela *Joint Commission Internacional (JCI)*, com a duração de 16 horas (dois turnos) em duas das unidades hospitalares (Anexo Q). A partir desta experiência, compreendemos o papel do EE EMC-PSC no GCL-PPCIRA e a importância das comissões de controlo de infeção na divulgação, implementação e verificação de medidas para a prevenção e controlo de infeção.

Compreendemos o papel dos elos de ligação do GCL-PPCIRA no Grupo Hospitalar Privado Sul e os procedimentos de auditorias das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Participámos na realização de auditorias internas sobre o cumprimento das PBCI e auxiliámos na introdução desses resultados na plataforma eletrónica da DGS. Contemplámos todas as normas e orientações vigentes nesta instituição e refletimos com os enfermeiros responsáveis pelo GCL-PPCIRA sobre as mesmas e sobre as exigências da JCI perante a criação destas para atingir os objetivos delineados para a qualidade e segurança do doente.

O processo de auditoria interna não é desconhecido, uma vez que já fomos um elo de ligação num GCL-PPCIRA numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) no passado, com responsabilidade sobre a formação em serviço e sobre a implementação e a observação da higiene das mãos. O estágio de observação complementou estas competências, dando uma visão mais ampla sobre a importância das auditorias e dos resultados para a mudança de comportamentos.

Como referido anteriormente, tivemos a oportunidade de criar os circuitos internos para a controlo e prevenção da transmissão de SARS-CoV-2 numa Estrutura Residencial para Idosos, atuando ainda como formadores informais sobre a utilização de EPI e sobre a implementação das PBCI na prestação de cuidados. Ainda, lembrámo-nos que modificamos o plano de triagem e circuitos internos para doentes suspeitos e confirmados para SARS-CoV-2 no Grupo Hospitalar Privado do Sul.

Ao longo dos estágios aprofundámos o nosso conhecimento sobre medidas de prevenção e controlo de infeção com as orientações de entidades de referência nacionais e internacionais, como a DGS, OMS, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, e planos e relatórios nacionais da área. Além disso, mobilizámos os conhecimentos teóricos lecionados na UC EMC 5.

Revimos o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, bem como as várias normas e orientações relacionadas com a prevenção e controlo de infeção para os contextos do SU e UCI. A par destes documentos, procurámos igualmente conhecer aquelas que eram implementadas no SUP e UCIP, e conhecer as orientações da GCL-PPCIRA do CHU.

Na prestação de cuidados especializados na área da PSC, na SE ou na UCIP, implementámos as medidas preventivas emanadas pela DGS relativamente aos Feixes de Intervenção sobre: a Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico (DGS, 2013); a Prevenção da Infeção Urinária associada ao Cateter Vesical (DGS, 2017c); a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2017d); e a Prevenção da Infeção relacionada com o CVC (DGS, 2015b).

Frequentámos o Workshop sobre a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, no âmbito do V Congresso Internacional de EMC organizado pela AEEMC, com o intuito de complementar o nosso conhecimento sobre a temática (Anexo R).

No âmbito da UC EMC 5 elaborámos uma apresentação sobre “*Estratégias de Proteção Individual e Coletivas*” com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre as PBCI, as principais medidas de proteção individual e coletiva e a implementação das mesmas na prática clínica, com base na evidência científica e que foi essencial para o desenvolvimento desta competência específica.

Interiorizámos e aplicámos na prestação de cuidados as recomendações sobre as Precauções de Isolamento Básica e Dependentes das Vias de Transmissão (MS, 2008; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, S/d).

Perante a situação pandémica atual, surgiu a necessidade permanente de atualização sobre a prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2, relativamente à utilização de EPI, dado a escassez inicial dos mesmos. Implementámos intervenções para minimizar a necessidade de uso de EPI de acordo com as estratégias globais de gestão, acesso e utilização dos mesmos (DGS, 2020b).

Constatámos que a UCIP é um local de prestação de cuidados que investe na área de prevenção das IACS, na medida em que aplicam as orientações e recomendações mencionadas anteriormente, e estando cientes das atualizações perante a evolução da evidência científica. Possuem elementos com funções relacionadas ao GCL-PPCIRA responsáveis pela divulgação de orientações, auditorias e formação em serviço.

Para materializar esta competência específica, no decorrer do EF, elaborámos um folheto informativo com o título de “*Cuidados de higiene toalhetes de gluconato de clorohehidina 2% (CHG)*” (Apêndice S), com vista a esclarecer o novo procedimento na UCIP e a proporcionar a implementação da mesma nos doentes.

Nos estágios e na nossa prática laboral, prestámos cuidados de enfermagem ao doente crítico colonizado ou infetado por agentes multirresistentes, tendo sempre em consideração os princípios das PBCI, as medidas de isolamento (procedimentos e circuitos) e salvaguardámos o cumprimento das mesmas.

Procurámos também identificar, autonomamente, situações que careciam de medidas de isolamento, através do inquérito epidemiológico (com os critérios efetivos para implementar isolamento e para a colheita de zaragatoa de pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina [MRSA] e *Enterococcus* Resistente aos Carbapenemases [ERC]) e atuar consoante as normas efetivas, como por exemplo a Norma n.º 018/2014 para a “*Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*” (DGS, 2015c).

Nunca descurámos a necessidade da prevenção e controlo de infeções no doente crítico, tendo sempre em considerações as orientações já referenciadas na prestação de cuidados à PSC na SE e na UCIP, mesmo em situações *life-saving* e com necessidade de resposta imediata. Refletimos constantemente com os enfermeiros orientadores sobre as medidas preventivas, gestão de equipamentos, recursos e sobre o controlo de infeção nos diferentes contextos de estágio.

Face ao supramencionado relativamente a esta competência específica, considerámos que conseguimos adquirir e desenvolver a competência relativa à área da prevenção e controlo de infeção no doente crítico e as competências de mestre.

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

Analisando todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas ao longo deste capítulo, foi possível confirmar a inseparável interligação entre as mesmas e as competências de Mestre.

Benner et al. (2011) refutam que o EE na área da PSC deve possuir um corpo de conhecimento clínico, teórico e prático, baseado na evidência científica e consolidado através de um processo dinâmico de aquisição competências, com vista a responder às necessidades do doente crítico e dos seus familiares.

Inferimos que existe uma similaridade entre as competências comuns e específicas com os domínios da prática de enfermagem especializada contemplados por Benner et al. (2011).

Perante toda a fundamentação apresentada previamente e a sua reflexão descritiva, concluímos que conseguimos adquirir todas as competências comuns e específicas de EE EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

A apreciação e a descrição dos diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios foi uma mais valia para o estudo detalhado dos diferentes recursos disponíveis nos contextos e uma comparação com o enquadramento legal definido para os mesmos. A análise da gestão e produção dos cuidados facilitou a reflexão crítica sobre a adequação dos contextos clínicos às exigências legais inerentes em regulamentos.

A realização do EEPSC, EF e dos estágios de observação (VMER e GCL-PPCIRA) foram essenciais para a compreensão da necessidade do EE EMC-PSC na prestação de cuidados à PSC e as suas diferentes competências diferenciadas e complexas que o distinguem dos restantes EE. A prestação de cuidados diferenciados, específicos, dinâmicos e de alta complexidade é o que difere um EE e de um enfermeiro de cuidados gerais. A capacidade de tomada de decisão, antecipação e resolução de problemas é uma característica definidora de um EE e, acima de tudo, do EE EMC-PSC.

No decorrer deste RE, procedemos à descrição das etapas do PIP, de acordo com a Metodologia de Projeto. Inicialmente, reconhecemos, com auxílio da enfermeira orientadora e do enfermeiro chefe da UCIP, a necessidade do serviço através da identificação da problemática na UCIP, que se cingia na falta de uniformização na planificação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium*.

A prevenção e a gestão do doente crítico com *delirium* na UCI é um fator essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o bem-estar do doente crítico e da sua família. A avaliação do doente crítico com *delirium* através da escala CAM-ICU era já uma prática recorrente na prestação de cuidados de enfermagem na UCIP, contudo, não existia uma materialização e uma definição de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem direcionadas para esta problemática. Para ajudar na identificação desta necessidade, elaborámos uma análise retrospectiva, num período de um ano, sobre a identificação do *delirium* nos doentes críticos internados na UCIP e o respetivo plano de cuidados de enfermagem executado nesses doentes.

Concluímos que, em situações em que o *delirium* estava presente, não existia uma concretização no processo de enfermagem, sendo que, muitas vezes, apenas estavam evidenciadas as intervenções de enfermagem relativas à restrição de movimentos decorrente

do quadro de agitação psicomotora, característica do subtipo de *delirium* hiperativo. Desta forma, definimos o nosso diagnóstico de situação e o problema em si.

Com base na necessidade identificada, determinámos os objetivos (gerais e específicos) que serviram de guia para o planeamento e execução do PIP. Para dar resposta aos objetivos definidos no início do EF, arquitetámos um conjunto de atividades para os mesmos. Concluímos que a UCIP apresenta uma taxa de prevalência de *delirium* considerável e que não existia uma padronização na planificação dos cuidados no sistema informático *B-ICU Care*[®]. Desenvolvemos uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do doente crítico com *delirium* na UCI, de acordo com a evidência científica recente, facilitando a elaboração da formação em serviço e na criação da proposta da NOC. A proposta da NOC permitiu a uniformização da planificação de cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP, sendo que ainda não está em vigor, aguardando aprovação pelo Conselho de Administração do CHU.

Assim, depreendemos que conseguimos dar resposta a todos os objetivos delineados na sua plenitude. Como limitação, podemos argumentar que não houve oportunidade de avaliar a verdadeira efetividade e aplicabilidade do fluxograma da proposta da NOC.

No decorrer do desenvolvimento do PIP, tivemos em consideração as implicações éticas, sendo que, para a sua realização, solicitámos autorização ao Conselho de Administração do CHU e da UE. Tivemos em consideração os princípios de confidencialidade, segurança e anonimato, nomeadamente no tratamento de dados na análise retrospectiva e nos questionários aplicados aos participantes no PIP, solicitando o seu consentimento previamente.

A PSC requer cuidados de enfermagem especializados, qualificados e contínuos, pelo que a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos proporcionou-se como um guia para o pensamento, ação e abordagem à PSC. A presente teoria adequa-se aos contextos clínicos onde decorreu o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante este percurso. Ademais, utilizámos este referencial concetual como linha orientadora para o desenvolvimento do PIP, visando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

A concretização do RE possibilitou a análise detalhada de todas as estratégias e atividades definidas no decorrer do Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialização em EMC-PSC.

Analisar, de modo crítico e fundamentado, todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências ao longo do percurso académico foi uma tarefa árdua e fundamental para a reflexão da nossa capacidade de apreender, compreender, fundamentar e refutar as nossas ações, as intervenções de enfermagem complexas e especializadas e a nossa tomada de decisão. Tomámos consciência da implicação das nossas aprendizagens e dos contributos deste processo para a qualidade e segurança do doente crítico.

Admitimos que foi um percurso exigente, trabalhoso e frutífero na medida em que conseguimos concretizar todas as atividades propostas inicialmente. Desenvolvemos conhecimento e habilidades, implementámos um PIP perante uma necessidade identificada e desenvolvemos as competências comuns, específicas e de mestre esperadas para este percurso.

A finalização deste RE permite concluir esta etapa académica, no entanto, considerámos que foi uma excelente oportunidade de aprendizagem pessoal e profissional, com a possibilidade de crescimento, fundamentação da nossa tomada de decisão e a possibilidade de integrar futuros projetos na área da especialização em EMC-PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. RT 09/2013*. ACSS, IP. República Portuguesa.
- ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. RT 11/2015*. ACSS, IP. República Portuguesa.
- Alligood, M. (2014). *Nursing Theorists And Their Work, Eighth Edition. Elsevier: Mosby*. Estados Unidos da América.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2nd ed.)*. American Psychiatric Publishing. Estados Unidos da América.
- APA. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Aromataris E. & Munn, Z (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <http://doi.org/10.46658/ JBIMES-20-01>.
- Arttawejkul, P., Reutrakul, S., Muntham, D. & Chirakalwasan, N. (2020). Effect of Nighttime Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality in Intensive Care Unit Patients. *Indian J Crit Care Med*. 25(1): 6-10. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23321>.
- Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro: *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. 3 de janeiro de 2001. Diário da República N.º 2, I Série A.
- Assembleia da República. (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República n.º 126/2006, Série I.
- Baggio, M., Pomatti, D. Bettinelli, L. & Erdmann, A. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 64(1): 25-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>.

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. *Quarteto Editora, Coimbra*.
- Benner, P., Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. Second Edition, *Springer Publishing Compan*. Nova Iorque, Estados Unidos da América. ISBN: 978-082610573-8.
- Blair, G., Mehmood, T., Rudnick, M., Kushner, W. & Barr, J. (2019). Nonpharmacologic and Medication Minimization Strategies for the Prevention and Treatment of ICU Delirium: A Narrative Review. *J Intensive Care Med*. 34(3):183-190. <https://doi.org/10.1177/0885066618771528>.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe - Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Health Policy Series. Copenhagen: WHO & OECD.
- Calsavara, V., Scorsolini-Comin, F & Curyfolo, C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 25(1):92-102. <http://doi.org/10.1865/RAG.2019v25.9>.
- CHU. (2018). *Protocolo 195/CHUA - Analgesia, Sedação e Delirium na UCIP2 (Protocolo de Atuação)*. Portimão: CHUA.
- CHU. (2020a). *Plano de Atividades e Orçamento 2020 (PAO 2020)*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>.
- CHU. (2020b). *NI 3/UCI - Plano De Evacuação da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2): Unidade Hospitalar de Portimão (Norma Interna)*. Portimão: CHUA.
- CHU. (2021a). *Plano de Atividades e Orçamento 2021. Triénio 2021-2023*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/PAO-2021-2023.pdf>.
- CHU. (2021b). *Monitorização Úlceras por Pressão 2020 - UHP/UHL (Amélia Graças - Governação Clínica)*. Portimão: CHUA.

CHU. (2021c). *Monitorização Quedas 2020 - UHP/UHL (Amélia Graças - Governação Clínica)*.
Portimão: CHUA.

Coelho, J, Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño M. & Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 23:63-72.
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0274>.

Conselho de Ministros. (1978). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República nº57/78 de 9 de março de 1978.

Contreras, C., Esteban, A., Parra, M., Romero, M., Silva, C. & Buitrago, N. (2021b). Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enferm*. 42 (e20200278): 1-11.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278>.

Contreras, C., Páez-Esteban, A., Rincon-Romero, M., Carvajal, R., Herrera, M. & Castillo, A. (2021a) Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Rev Esc Enferm USP*. 55 (e03685): 1-8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019035003685>.

Cummings, G., Tate, K., Lee, S., Wong, C., Paananen, T., Micaroni, S. & Chatterjee, G. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 85: 19–60.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>.

Devlin, J., Skrobik, Y., Géliinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., Joffe, A., Kho, M., Kress, J., Lanphere, J., McKinley, S., Neufeld, K., Pisani, M., Payen, J., Pun, B., Puntillo, K., Riker, R., Robinson, B., Shehabi, Y., Szumita, P., Winkelman, C., Centofanti, J., Price, C., Nikayin, S., Misak, C., Flood, P., Kiedrowski, K. & Alhazzani, W. (2018). 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*. 46(9): e825-e873.
<http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

DGS. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção*. Relatório.

DGS. (2010a). *Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO - Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2010b). *Orientação Nº 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2013). *Norma 024/2013 - Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2015a). *Norma nº020/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (atualizada a 14/12/2015)*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2015b). *Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2015b). *Norma n.º 018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde

DGS. (2017a). *Norma nº001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2017b). *Plano de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2017c). *Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (atualização a 30/05/2017)*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.

- DGS. (2017d). *Norma 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação* (atualização a 30/05/2017). Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2018a). *Norma N.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2018b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário de 2018*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2020a). *Orientação N.º 009/2020 - COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2020b). *Orientação N.º 007/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde
- Elbahi, A. & Basyouni, F. (2020). Teaching Approach of Primary Survey in Trauma Patients. *Int J Intern Emerg Med.* 3 (3): 1-6. <http://www.remedypublications.com/open-access/teaching-approach-of-primary-survey-in-trauma-patients-6295.pdf>
- Ely, E. (2016). *Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU): The complete training manual (Revised edition)*. Tennessee: Vanderbilt University. http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training.pdf.
- Farasat, S., Dorsch, J., Pearce, A., Moore, A., Martin, J., Malhotra, A. & Kamdar, B. (2020). Sleep and Delirium in Older Adults. *Curr Sleep Med Rep.* 27: 1-13. <https://doi.org/10.1007/s40675-020-00174-y>.
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva.* 25(2): 137-147. <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>.

Fernandes, J. (2010). *Decisão ética em enfermagem do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal).

Freitas, A., Mourato, J., Carioca, V., Dominginhos, P., & Maia, C. (2017). *Regulamento de funcionamento do mestrado em enfermagem*. Universidade de Évora: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde.

Godinho, L., Carreira, C. & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 27(3): 20-24. <http://doi.org/10.25751/rspa.15145>.

Gomes, L. (2011). *A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação* (Tese de mestrado, Universidade de Évora/Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal).

GPT. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência: manual de serviço*. Amadora: Grupo Português de Triagem.

Guenther, U., Koegl, F., Theuerkauf, N., Maylahn, J., Andorfer, U., Weykam, J., Muders, T. & Putensen, C. (2016). Pflegeaufwandsindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS. *Med Klin Intensivmed Notfmed*.111(1): 57-64. <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0056-5>.

Harthi, M., Thobaity, A., Ahmari, W. & Almalki, M. (2020). Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk Management and Healthcare Policy*. 13: 2627–2634. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s279513>

Huang, Y., Alsaba, N., Brookes, G. & Crilly, J. (2020) End-of-life care for older people in the emergency department: A scoping review. *Australasian College for Emergency Medicine*. 32(1): 7-19. <http://doi.org/10.1111/1742-6723.13414>.

Huitzi-Egilegor, J., Elorza-Puyadena, M., Urkia-Etxabe, J., Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: Models and assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(5): 772-777. <http://doi:10.1590/0104-1169.3612.2479>.

ICN. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

INE. (2022). *Plataforma de Divulgação dos CENSOS 2021. Resultados Provisórios*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

INEM. (2012). *Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT*. Versão 2.0. 1ª Edição. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (S/d.) *Recomendações para as precauções de Isolamento - Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*.

Krewulak, K., Stelfox, H., Leigh, J., Ely, E. & Fiest, K. (2018). Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 46(12): 2029-2035. <http://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003402>.

LaBeau, S., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S., Calvino-Gunther, S., Chaboyer, W., Coyer, F., Deschepper, M., François, G., Honore, P., Jankovic, R., Khanna, A., Llauro-Serra, M., Lin, F., Louise, R., Rubulotta, F., Saager, L., Williams, G. & Blot, S. (2021). Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubiCUs study. *Intensive Care Med*. 47: 160–169. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06234-9>.

Larsen, L., Moller, K., Petersen, M. & Egerod, I. (2020). Delirium prevalence and prevention in patients with acute brain injury: A prospective before-and-after intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 59(8): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102816>.

Liang, S., Chau, J., Lo, S., Zhao, J. & Choi, K. (2021). Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 34(4): 378-387. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004>.

Lopes, M., Gomes, S. & Almeida-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: Ordem dos

Enfermeiros e INESC-TEC.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf.

Maldonado, J. (2018). Delirium pathophysiology: Na updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry*. 33(11): 1428-1457.
<https://doi.org/10.1002/gps.4823>.

Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P. & Patel, M. (2015). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*. 33(2): 225–243. <http://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>.

Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A. & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Rev Bras Enferm*. 73(Suppl 6): 1-8. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336 e20190336>.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior enquadrado legalmente pelo Artigo 15º do Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República N.º 157/2018, Série I.

Mitchell, M., Shum, D., Mihala, G., Murfield, J. & Aitken, L. (2018). Long-term cognitive impairment and delirium in intensive care: A prospective cohort study. *Aust Crit Care*. 31(4): 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.07.002>.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). PRISMA G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: He PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*. 151 (4), 264-269. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.

Momeni, M., Arab, M., Dehghan, M. & Ahmadinejad, M. (2021). The effect of foot massage on the level of consciousness and delirium of intensive care patients: A randomized single-blind controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 27(1): 48-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.03.008>.

MS. (2008). *Precauções de Isolamento*. Algarve. Ministério da Saúde.

MS. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. Diário da República N.º 153/2014, Série II.

MS. (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: República Portuguesa.

MS. (2015b). Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. 27 de maio de 2015. Diário da República N.º 102/2015, Série II.

MS. (2018). Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro que Determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019. Diário da República n.º 198/2018, Série II.

MS. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). 24 de setembro de 2021. Diário da República N.º 187, parte C, série II.

MS. (2022). Monitorização Diárias dos Serviços de Urgência. MS, SNS. <https://r-3.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/caracterizacao-urgencias/>.

Nora, C., Deodato, S., Vieira, S. & Zoboli, E. (2016) Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto e Contexto Enferm.* 25(2) <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>.

Nunes, L. (2007). *Dia Internacional do Enfermeiro - Sob o Signo do Olhar: Re-Ver, Ver e Pre-Ver*. Percursos. 2. Número Especial. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf.

- Nunes, L. (2010). Do Perito ao Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*. 17 (julho-setembro): 3-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>.
- Nunes, L. (2015) Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Portuguesa de Bioética*. 23(1): 187-99. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.
- Nuñez, D., Gouveia, J. Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P. & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. *Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa Saúde.
- Nydahl, P., McWilliams, D., Weiler, N., Stat, C., Howroyd, F., Brobeil, A., Lindner, M. & Haken, R. (2021). Mobilization in the evening to prevent delirium: A pilot randomized trial. *Nurs Crit Care*. 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12638>.
- OE. (2011). Regulamento n.º 168/2011 - Define os critérios de validação para a individualização das especialidades, a matriz de individualização das especialidades e o processo de reconhecimento de novas especialidades clínicas de Enfermagem. Diário da República n.º 47/2011, Série II.
- OE. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetural e enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- OE. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I.
- OE. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Leiria: Portugal. Ordem dos Enfermeiros.

- OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. 16 de julho de 2018. Diário da República N.º 135, Série II.
- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 6 fevereiro de 2019. Diário da República N.º 26, Série II.
- OE. (2019b). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ponta Delgada. <https://bit.ly/3H8VUQ2>
- Oliveira, K., Picanço, C., Oliveira, A., Assis, Y., Souza, A. & Ribeiro, A. (2020). Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de delirium em pacientes críticos. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 21(10): 1-18. <https://doi.org/10.5902/2179769238778>.
- OM. & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.
- OM. (2018). *Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI)*. Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva. Lisboa.
- Ozga, D., Krupa, S., Witt, P. & Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2020). Nursing Interventions to Prevent Delirium in Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit during the COVID19 Pandemic-Narrative Overview. *Healthcare*. 8(4): 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040578>.
- Padilha, K., Sousa, R., Kimura, M., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Fusco, S., Campos, M., Mendes, E. & Mayor, E. (2007). Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Intensive and Critical Care Nursing*. 23: 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.07.004>.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referênciação. Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa, Saúde.

- Peixoto, T. & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(13): 125-138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>.
- Pereira, A., Fortes, I., & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 7 (1): 227–235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos. 1ª Edição*. LIDEL – Enfermagem. Lisboa, Portugal.
- Potra, T. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
- Poulsen, L., Estrup, S, Mortensen, C. & Andersen-Ranberg, N. (2021). Delirium in Intensive Care. *Current Anesthesiology Report*. 11: 516–523. <https://doi.org/10.1007/s40140-021-00476-z>.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I. (2018). Delirium: O 7.º Parâmetro Vital? *Acta Med Port*. 31(1): 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>.
- Rahimi-Bashar, F., Abolhasani, G., Manouchehrian, N., Jiryae, N., Vahedian-Azimi, A. & Sahebkar, A. (2021). Incidence and Risk Factors of Delirium in the Intensive Care Unit: A Prospective Cohort. *BioMed Research International*. 2021: 1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/6219678>.
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1): 211-216. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20review-parveen.pdf>.
- Rasheed, S., Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *J Clin Nurs*. 28: 762–774. <http://doi.org/10.1111/jocn.14708>.

- Romero, M., González, R., Calvo, M. & Fachado, A. (2018). A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Revista Bioética*. 26 (3): 333-42. <https://doi.org/10.1590/1983-8022018263252>.
- Rosa, R., Falavigna, M., Silva, D., Sganzerla, D., Santos, M., Kochhann, R., Moura, R., Eugênio, C., Haack, T., Barbosa, M., Robinson, C., Schneider, D., Oliveira, D., Jeffman, R., Cavalcanti, A., Machado, F., Azevedo, L., Salluh, J., Pellegrini, J., Moraes, R., Foernges, R., Torelly, A., Ayres, L., Duarte, P., Lovato, W., Sampaio, P., Júnior, L., Paranhos, J., Dantas, A., Brito, P., Paulo, E., Gallindo, M., Pilau, J., Valentim, H., Teles, J., Nobre, V., Birriel, D., Castro, L., Specht, A., Medeiros, G., Tonietto, T., Mesquita, E., Silva, N., Korte, J., Hammes, L., Giannini, A., Bozza, F. & Teixeira, C. (2019). Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*. 322(3): 216-228. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sahawneh, F. & Boss, L. (2021). Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. *Nurs Crit Care*. 26(3): 166-175. <https://doi.org/10.1111/nicc.12594>.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10: 47-57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>.
- Silva, A. (2015). *Sala de Emergência – Abordagem do Doente Crítico* (Relatório de Estágio. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal).
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, Na. & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(16): 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>.

- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação de Ajuda no Desempenho dos Cuidados de Enfermagem a Doentes em Fim de Vida. *Esc Anna Nery*. 14(3): 485-489. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>.
- Spiegelber, J., Song, H., Pun, B., Webb, P. & Boehm, L. (2020). Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. *Crit Care Nurse*. 40(2): 33-43. <https://doi.org/10.4037/ccn2020706>.
- Stollings, J., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B., Pandharipande, P. & Ely, E. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med*. 47(10): 1089-1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>.
- Teixeira, D. (2021). *Armazém Avançado em Contexto Hospitalar: Método de Reposição or Níveis* (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal).
- Thomas, N., Coleman, M. & Terry, D. (2021). Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nurs Rep*. 11: 164-174. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010016>.
- Trumble, D., Meier, M., Doody, M., Wang, X. & Bagshaw, S. (2017). Incidence, correlates and outcomes associated with falls in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Crit Care Resusc*. 19(4): 290-295. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.275183110547818>.
- UE. (2015). NCE/14/01772 - *Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Vaz, I. (2020). *Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão em Enfermagem* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal).
- Veiga, C. (2019). *Delirium em Unidade de Cuidados Intensivos Portuguesa: Estudo de Validação do Instrumento Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Flowsheet*. [Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Universidade do Minho].

- Ventura, G., Silva, B., Heinzen, K., Bellaguarda, M., Canever, B. & Pereira, V. (2019) Enfrentamiento de Enfermeros a la Muerte en el Proceso de Cuidado en la Sala de Emergencia. *Revista Electrónica: Enfermería actual em Costa Rica*. 37: 1-13. <http://doi.org/10.15517/revenf.v0iNo.37.35525>.
- Vicent, J., Shehabi, Y., Walsh, T., Pandharipande, P., Ball, J., Spronk, P., Longrois, D., Strom, T., Conti, G., Funk, G., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C. & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 42: 962–971. <http://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>.
- WHO & ICN. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: International Council of Nurses. http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf.
- WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Geneva.
- Wilson, J., Mart, M., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T., MacLulich, A., Slooter, A. & Ely, E. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*. 6(90): 1-26. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>.

APÊNDICES

Apêndice A - Projeto de Estágio do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Universidade de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2020/2021

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Centro Hospitalar Universitário – Unidade Hospitalar 1

Serviço de Urgência Polivalente

Projeto de Estágio

Professora Orientadora:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

BP

Discente:

M47069, João Pedro da Silva Tavares

Junho de 2021

Apêndice B - Projeto de Estágio do Estágio Final

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário – Unidade Hospitalar 2

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Projeto do Estágio

Professora Orientadora:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeiro Orientador:

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem

Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica AF

Discente:

M47069, João Pedro da Silva Tavares

Novembro de 2021

Apêndice C - Proposta do Projeto de Intervenção Profissional

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Universidade do Algarve
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

Centro Hospitalar Universitário – Unidade Hospitalar 2

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Projeto de Intervenção Profissional

Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem

Professora Orientadora:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeiro(s) Orientador(es):

Mestre e Enfermeira Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica AF

Discente:

M47069, João Pedro da Silva Tavares

Novembro de 2021

Apêndice D - Revisão Sistemática da Literatura: Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos

**Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na
Unidade de Cuidados Intensivos**

*Nursing interventions for the prevention and management of delirium in critically ill patients in
the Intensive Care Unit*

Autores:

João Pedro da Silva Tavares – Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Portugal.

AF – Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Portugal.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Autor de correspondência:

João Pedro da Silva Tavares

Mestrado em Enfermagem em Associação

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora

Largo do Sr. da Pobreza 2B, 7000-811, Évora

* Elaboração realizada de acordo com as regras da Revista Brasileira de Terapia Intensiva

Resumo

Objetivos: Conhecer e identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na UCI.

Métodos: Esta revisão sistemática da literatura foi desenvolvida segundo o protocolo de *Joanna Briggs Institute* e os estudos foram selecionados de acordo com o modelo *PRISMA*. Foram definidos os critérios de inclusão (estudos com intervenções de enfermagem para o *delirium* no doente crítico e realizados em pacientes adultos; estudos realizados em contexto de UCI; e estudos escritos na língua inglesa, portuguesa e espanhola). A pesquisa dos artigos foi realizada nas plataformas *B-On* e *EBSCO*, entre 2019 e 2021.

Resultados: Foram identificados 1572 artigos, dos quais apenas 9 cumpriam os critérios definidos. As intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* extraídas dos artigos analisados foram agrupadas em 9 categorias: estimulação cognitiva, estimulação sensorial, monitorização do *delirium*, controlo da dor, gestão da sedação, gestão do ambiente físico, promoção da qualidade do sono, mobilização precoce e o envolvimento familiar.

Conclusões: Apesar de existirem estudos que comprovem a eficácia das intervenções para a prevenção e gestão do *delirium*, os resultados são pouco significativos. As intervenções são aplicadas de forma isolada ao invés de um protocolo multimodal composto pelas várias categorias de intervenções, como recomendado pelas orientações internacionais.

Descritores

Português: Cuidados Críticos, *Delirium*, Cuidados de enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Processo de enfermagem, Revisão

Inglês: *Critical Care, Delirium, Nursing Care, Medical-Surgical Nursing, Nursing Process, Review.*

Apêndice E - Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ESTÁGIO FINAL - UCIP - CHU

Fases	Atividades	Tempo	2021			2022		
			Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Diagnóstico de situação	Reunião com o Enf. Chefe, Enf. Orientador e Prof. Orientadora							
	Identificação da necessidade do Serviço							
	Breve pesquisa bibliográfica sobre a necessidade do Serviço							
	Aplicação de Instrumentos diagnósticos (análise SWOT)							
	Colheita dos dados no B-Simple para a análise retrospectiva							
	Análise dos dados recolhidos no B-Simple							
	Desenvolvimento e aplicação do questionário de avaliação Inicial							
	Aplicação do questionário de avaliação Inicial							
Planeamento	Análise dos dados recolhidos pelo questionário de avaliação Inicial							
	Elaboração e entrega da proposta de Projeto de Estágio							
	Elaboração do pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA)							
	Elaboração do pedido de autorização à Comissão de Ética (CE)							
	Entrega dos pedidos de autorização ao CA e CE							
	Entrega do pedido de proposta do projeto aos Serviços Académicos da Universidade de Évora							
	Definição dos objetivos gerais e específicos							
	Definição das atividades							
Execução	Definição das estratégias e recursos							
	Elaboração do cronograma das atividades							
	Pesquisa bibliográfica							
	Elaboração da revisão sistemática da literatura							
	Selecionar o diagnóstico e intervenções para o projeto							
	Planeamento da formação em serviço							
	Elaboração da apresentação para a formação em serviço							
	Divulgação da formação em serviço							
Avaliação	Realização da formação em serviço							
	Elaboração do Instrumento de avaliação da formação em serviço							
	Implementação do Instrumento de avaliação da formação em serviço							
	Análise dos dados recolhidos pelo Instrumento							
	Divulgação dos dados recolhidos							
	Elaboração do Relatório de Estágio							
	Entrega do Relatório de Estágio							
	Entrega do pedido de prova pública para SA da UE							

Apêndice F - Consentimentos e Questionários do Projeto de Intervenção Profissional

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Faculdade Superior de Saúde



ES
Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde



Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Luísa Dias

Consentimento Informado

Questionários para o Projeto de Intervenção Profissional – Delirium no doente crítico: planificação dos cuidados de enfermagem

Contextualização

Eu, João Pedro da Silva Tavares, aluno do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a realizar o Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário (CHU) – Unidade Hospitalar 2 (UH2).

No âmbito do Estágio Final pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) com o título: “*Delirium* no doente crítico: planificação de cuidados de enfermagem”, sob a supervisão da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica AF e a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques.

O delirium é uma condição multifatorial e recorrente no doente crítico internado em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A literatura aponta para múltiplas consequências decorrentes do delirium, como alterações funcionais, psicológicas e emocionais, e ainda apresenta medidas de prevenção e tratamento que possibilitam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a melhoria do bem-estar do doente crítico e dos seus familiares.

Como vista à obtenção de uma caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da UCIP, bem como da opinião acerca da temática e pertinência do PIP, venho solicitar a colaboração no preenchimento do consentimento e questionários. O preenchimento não deverá levar mais do que 2 a 3 minutos em cada um.

A participação neste projeto é voluntária, pelo que pode recusar participar ou desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer prejuízo ou constrangimento. Os dados obtidos serão tratados tendo em consideração o anonimato e a confidencialidade.

Para qualquer esclarecimento sobre o projeto, pode contactar através do correio eletrónico ou através do número de telemóvel.

Obrigado pela sua participação e pelo tempo despendido.

Atenciosamente,

Enf. João Pedro Tavares

(Aluno do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

Índice dos Consentimentos e Questionários

Secção 1 – Consentimento informado, livre e esclarecido;

Secção 2 – Questionário sociodemográfico da equipa de enfermagem da UCIP;

Secção 3 – Questionário sobre a pertinência do PIP/ Questionário sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática da formação;

Secção 4 – Questionário de avaliação de conhecimentos após a formação sobre a temática do PIP.

Secção 5 – Questionário de avaliação da formação e do formador.

Secção 1

Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, enfermeiro/a da UCIP, declaro ter lido e compreendido o propósito deste PIP. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste projeto ou de desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Perante isto, aceito participar no PIP de forma voluntária e autorizo a utilização dos dados recolhidos através dos diversos questionários, única e exclusivamente para os efeitos desta investigação, de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me serão asseguradas pelo responsável pelo PIP. Para qualquer esclarecimento sobre o projeto tenho conhecimento que poderei contactar o responsável pelo projeto através do correio eletrónico ou através do número de telemóvel.

Perante isto, dou o meu consentimento informado, livre e esclarecido para este projeto:

Sim ____

Não ____

Secção 2

Questionário sociodemográfico da equipa de enfermagem da UCIP

O presente questionário pretende realizar uma caracterização sociodemográfica dos elementos da equipa de enfermagem da UCIP.

1. Género:

Masculino ___

Feminino ___

2. Idade:

20-30 anos ___

31-40 anos ___

41-50 anos ___

51-60 anos ___

>60 anos ___

3. Tempo de experiência profissional (em anos e meses): ___

4. Tempo de experiência profissional em contexto de Cuidados Intensivos (em anos e meses):

5. Tempo de experiência profissional na UCIP (em anos e meses): ___

6. Habilitações académicas:

Licenciatura ___

Mestrado ___

Doutoramento ___

7. Possui uma especialidade em Enfermagem?

Sim ___

Não ___

7.1. Se é especialista em enfermagem, qual é a área de especialidade:

Enfermagem Médico-Cirúrgica ____

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica ____

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Paliativa ____

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Peri-operatória ____

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crónica ____

Enfermagem de Reabilitação ____

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ____

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ____

Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia ____

Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica ____

Secção 3

Questionário sobre a pertinência do PIP/ Questionário sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática da formação

O presente questionário pretende avaliar a perceção individual dos elementos da equipa de enfermagem da UCIP sobre a pertinência do Projeto de Intervenção Profissional.

1. Considera que o *delirium* é uma condição frequente na UCIP?

Sim ___

Não ___

2. Relativamente aos diferentes tipos de *delirium*, qual considera ser o mais frequente na UCIP?

Delirium hipoativo ___

Delirium hiperativo ___

Delirium misto ___

3. Conhece o protocolo de atuação “Analgesia, Sedação e *Delirium*” implementado na UCIP?

Sim ___

Não ___

4. Considera que a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é essencial para detetar doentes com *delirium*?

Sim ___

Não ___

5. Tem dificuldades na aplicação da escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) na prática clínica?

Sim ___

Não ___

6. Tem conhecimento sobre as intervenções de enfermagem perante o doente com *delirium*?

Sim ___

Não ___

7. Das seguintes intervenções, selecione as três que considera ser as mais importantes para a prevenção e tratamento do *delirium* no doente crítico?

Otimizar a sedação ____

Gerir a analgesia ____

Gerir antipsicóticos ____

Promover a qualidade do sono ____

Restrição de movimentos através de imobilização ____

Gerir o ambiente físico ____

Promover estratégias de orientação ____

Gerir estratégias de comunicação ____

Facilitar o envolvimento da família ____

8. O que considera que condiciona a implementação de estratégias não farmacológicas no doente crítico com *delirium*? (pode selecionar mais do que uma opção)

Falta de tempo ____

Défice de recursos humanos ____

Escassez recursos materiais ____

Falta de conhecimento sobre estratégias não farmacológicas ____

Carência de uma orientação para a prevenção e tratamento do *delirium* ____

9. Relativamente à relação entre o doente crítico com *delirium* e a carga de trabalho de enfermagem, acha que estes doentes têm maior impacto sobre o tempo despendido em cuidados de enfermagem?

Sim ____

Não ____

Talvez ____

10. A planificação de cuidados de enfermagem é uma mais valia para a organização do trabalho e para a intervenção ao doente?

Nunca ____

Raramente ____

Às vezes ____

Muitas vezes ____

Sempre ____

- 11.** Considera pertinente a definição de um diagnóstico de enfermagem para o *delirium* e as suas respetivas intervenções para implementar no sistema informático da UCIP?

Muito pertinente ____

Pertinente ____

Pouco pertinente ____

Não pertinente ____

- 12.** Já frequentou alguma formação sobre o *delirium* no doente crítico?

Sim ____

Não ____

- 13.** Na sua opinião, considera pertinente a realização de uma formação em serviço sobre o *delirium* e as intervenções de enfermagem para o doente crítico com *delirium*?

Muito pertinente ____

Pertinente ____

Pouco pertinente ____

Não pertinente ____

Obrigado pela colaboração.

Atenciosamente,

Enf. João Pedro Tavares

(Aluno do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

Secção 4

Questionário de avaliação de conhecimentos após a formação sobre a temática do PIP.

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento dos questionários para efeitos de avaliação dos conhecimentos adquiridos sobre a temática da formação em serviço relativa ao Projeto de Intervenção Profissional e para avaliação da formação e do formador.

Os dados recolhidos através dos questionários servem, única e exclusivamente, para efeitos da investigação e tratamento estatístico, estando assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas.

Para qualquer esclarecimento sobre o projeto, pode contactar através do correio eletrónico ou através do número de telemóvel.

Obrigado pela sua participação e pelo tempo despendido.

Atenciosamente,

Enf. João Pedro Tavares

(Aluno do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

1. Considera que o *delirium* é uma condição frequente em contexto de Cuidados Intensivos?

Sim ___

Não ___

2. Relativamente ao *delirium* no doente crítico, quantos subtipos existem?

Um tipo ___

Dois subtipos ___

Três subtipos ___

Mais de três subtipos ___

3. Qual é o subtipo de *delirium* mais frequente em contexto de Cuidados Intensivos?

Delirium hipoativo ___

Delirium hiperativo ____

Delirium misto ____

4. Considera que a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) é essencial para detetar doentes com *delirium*?

Sim ____

Não ____

5. Num doente classificado com RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) de -5, é possível aplicar a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU)?

Sim ____

Não ____

6. Das seguintes intervenções, quais considera ser as mais importantes para a prevenção e tratamento do *delirium* no doente crítico?

Otimizar a sedação ____

Gerir a analgesia ____

Gerir antipsicóticos ____

Promover a qualidade do sono ____

Restrição de movimentos através de imobilização ____

Gerir o ambiente físico ____

Promover estratégias de orientação ____

Gerir estratégias de comunicação ____

Facilitar o envolvimento da família ____

Todas ____

Nenhuma ____

7. Considera que as estratégias não farmacológicas têm maior influência sobre o bem-estar do doente com *delirium* do que as estratégias farmacológicas?

Sim ____

Não ____

8. Considera que os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções selecionadas serão uma mais valia para a qualidade dos cuidados prestados na UCIP?

Sim ___

Não ___

9. O fluxograma de decisão da planificação de cuidados de enfermagem para o doente crítico com *delirium* permite uma melhor esquematização da tomada de decisão?

Sim ___

Não ___

Obrigado pela colaboração.

Atenciosamente,

Enf. João Pedro Tavares

(Aluno do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

Secção 5

Questionário de avaliação da formação e do formador

O questionário que se segue serve para a avaliação da formação e do formador, assim como para identificar possíveis melhorias na organização e apresentação da mesma.

Muito obrigado pela sua participação e tempo despendido.

1. Considera que a formação apresentada correspondeu às suas expectativas?

Nada ___

Parcialmente ___

Quase totalmente ___

Totalmente ___

2. Considera que os conteúdos da formação contribuem para a seu desenvolvimento pessoal e profissional?

Nada ___

Parcialmente ___

Quase totalmente ___

Totalmente ___

3. Considera que o conteúdo formativo foi adequado ao tema?

Pouco adequado ___

Parcialmente adequado ___

Adequado ___

Muito adequado ___

4. Considera que a metodologia utilizada para a formação foi adequada?

Nada ___

Parcialmente ___

Quase totalmente ___

Totalmente ___

5. Considera que a duração da formação foi adequada?

Sim ___

Não ___

6. Considera que a articulação do formador sobre os diferentes conteúdos temáticos foi eficaz?

Nada ___

Parcialmente ___

Quase totalmente ___

Totalmente ___

7. O formador demonstrou ter domínio sobre a temática apresentada?

Nenhum domínio ___

Domínio parcial ___

Domínio quase total ___

Total domínio ___

8. Como considera que foi a relação/ interação entre o formador e os formandos?

Nada interativa ___

Pouco interativa ___

Interativa ___

Muito interativa ___

9. Como considera a linguagem utilizada pelo formador durante a apresentação?

Nada clara e assertiva ___

Pouco clara e assertiva ___

Clara e assertiva ___

Muito clara e assertiva ___

10. Existiu disponibilidade para esclarecer dúvidas e questões por parte do formador?

Nenhuma disponibilidade ___

Alguma disponibilidade ___

Quase total disponibilidade ___

Total disponibilidade ___

Obrigado pela colaboração.

Atenciosamente,

Enf. João Pedro Tavares

(Aluno do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

**Apêndice G - Norma de Orientação Clínica: Doente Crítico com *Delirium* na UCIP:
Planificação dos Cuidados de Enfermagem**

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	Nº __/CHU-UH2 Data: Fevereiro 2022	Página 1/12
ASSUNTO:	DOENTE CRÍTICO COM <i>DELIRIUM</i>: PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCIP UNIDADE HOSPITALAR 2	ELABORADO POR: Enf.º João Tavares Mestre e Enf.ª Especialista AF	
		VALIDADO POR: Enf.º Chefe FA	Fevereiro 2022
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Quadro de Referências – Capítulo X – Unidade de Cuidados Intensivos		APROVADO PELO CA:	
ENTRADA EM VIGOR: Imediato			Em: __/__/__
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Delirium; Doente crítico			Janeiro 2025

I – DEFINIÇÃO/ENQUADRAMENTO

O *delirium* é uma síndrome de início agudo ou subagudo, de rápida instalação (horas a dias) e está associada a alterações e flutuações do estado de consciência, das funções cognitivas e do comportamento do doente. Estas alterações são provocadas por disfunções cerebrais agudas e por outras condições precipitantes e predisponentes, que são os fatores de risco (Maldonado, 2018; Pinho, 2020).

Os três principais subtipos de *delirium* são: hiperativo, hipoativo e misto. O subtipo mais frequente é o *delirium* hipoativo, sendo considerado o de maior risco de mortalidade e morbidade (Maldonado, 2018).

Mais de 87% dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) podem vir a desenvolver *delirium* (pode ocorrer em 40 a 60% dos doentes não ventilados e em 60 a 80% dos doentes ventilados) (Liang et al., 2021; Rahimi-Bashar et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021).

A prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, com aumento do declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e aumento do tempo de internamento (Mitchell et al., 2018).

A monitorização do *delirium* na UCI deve ser realizada através da utilização de escalas válidas e de alta sensibilidade, como a *The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). A CAM-ICU é adequada a doentes com compromisso na comunicação verbal (Stollings et al., 2021).

Para a prevenção e a gestão do *delirium* é necessária uma abordagem multimodal com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021).

II – OBJETIVOS

Esquematizar e uniformizar a planificação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com *delirium* na UCIP.

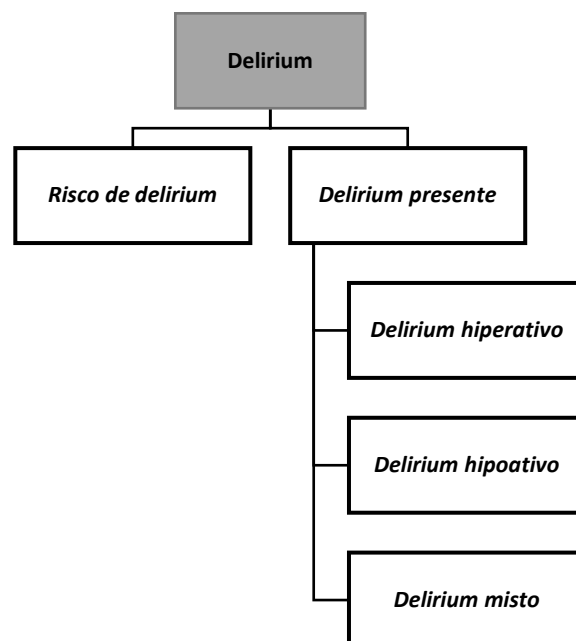
Promover a prevenção, identificação e tratamento precoce do *delirium*.

III – ÂMBITO

A presente norma aplica-se à UCIP e a todos os serviços que prestem cuidados ao doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

IV – PLANIFICAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Partindo da evidência científica sobre os diferentes subtipos de *delirium* e as suas manifestações, foi possível delinear um conjunto de diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN) (Esquema 1).



Esquema 1 – Diagnósticos de enfermagem para o *Delirium* segundo a taxonomia da CIPE.

RISCO DE DELIRIUM

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* na UCI são:

- Idade (superior a 65 anos);
- Score de APACHE II (valor superior a 20);
- Deteorização de mais do que um sistema orgânico;
- Necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Défices cognitivos prévios à admissão na UCI (como demência);
- História de consumos tóxicos;
- Excesso de sedação (nomeadamente com benzodiazepinas) (Krewulak et al., 2020).

O diagnóstico de enfermagem **Risco de delirium** deve ser utilizado no plano de cuidados do doente internado na UCIP quando é identificado um ou mais dos fatores de risco descritos acima e que estão integrados na **Lista de Verificação - Avaliação do Risco de Delirium** no sistema *B-ICU Care*[®] (Tabela n.º 1).

Diagnóstico de enfermagem	Fatores concorrentes para o diagnóstico
Risco de delirium	APACHE II > 20 Idade (>65 anos) Disfunção orgânica (2 órgãos alvo afetados) Ventilação mecânica invasiva Défice cognitivo prévio História de consumos tóxicos (álcool e/ou drogas) Utilização de benzodiazepinas

Tabela n.º 1 – Critérios para o diagnóstico de enfermagem – “Risco de *delirium*”.

Face ao maior risco de desenvolver *delirium*, é necessário manter a monitorização frequente do doente e vigiar a sua ação, para despistar a presença de *delirium* e atuar atempadamente. O *delirium* deve ser monitorizado mais do que uma vez por dia ou sempre que exista uma alteração no comportamento do doente (Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021).

Desta forma são associadas as intervenções de enfermagem descritas na Tabela n.º 2. Na presença de **CAM-ICU negativa**, a vigilância deve permanecer até à alta clínica do doente.

Intervenções de enfermagem	Horário
Monitorizar o delirium através da escala de CAM-ICU	Manhã/Tarde ou SOS
Vigiar ação do doente	Sem horário

Tabela n.º 2 – Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem de “Risco de *delirium*”.

DELIRIUM PRESENTE

Na presença de **fatores de risco** e de uma avaliação **CAM-ICU positiva** e de **alterações do comportamento**, estamos perante uma situação de *delirium*. Desta forma, é necessário estabelecer um diagnóstico de enfermagem real, onde se pode diferenciar o subtipo de *delirium*.

Foram criados os seguintes diagnósticos de enfermagem: ***Delirium hiperativo***, ***Delirium hipoativo*** e ***Delirium misto***. Os sinais são agrupados como características definidoras necessárias para a determinação do subtipo de *delirium*.

A Tabela n.º 3 sumariza as características definidoras para cada diagnóstico de enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem	Característica definidoras do diagnóstico
Delirium hiperativo	CAM-ICU Positivo + <u>Um ou mais das seguintes:</u> Inquietação; Agitação psicomotora; Alucinações; Agressividade
Delirium hipoativo	CAM-ICU Positivo + <u>Um ou mais das seguintes:</u> Letargia; Lentificação psicomotora; Hiporeatividade a estímulos externos; Inatenção
Delirium misto	CAM-ICU Positivo + <u>Alternância entre hiperatividade e hipoatividade</u>

Tabela n.º 3 – Critérios para os diagnósticos de enfermagem – “*Delirium hiperativo*”, “*Delirium hipoativo*” e “*Delirium misto*”.

A prevenção e gestão do *delirium* consiste na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções de enfermagem para a prevenção e tratamento do *delirium* podem ser agrupadas em 9 categorias (Liang et al., 2021; Sahawneh & Boss, 2021):

- **Estimulação cognitiva;**
- **Estimulação sensorial;**
- **Monitorização do *delirium*;**
- **Controlo da dor**
- **Gestão da sedação;**
- **Gestão do ambiente físico;**
- **Promoção da qualidade do sono;**

- **Mobilização precoce;**
- **Envolvimento familiar.**

Desta forma, aos diagnósticos de enfermagem relativos ao *delirium*, estão associadas as intervenções de enfermagem face às categorias descritas anteriormente e convertidas segundo a linguagem CIPE (Tabela n.º 4).

Intervenções de enfermagem	Horário
Monitorizar o delirium através da escala de CAM-ICU	Tarde
Vigiar delirium	Manhã/Tarde/Noite
Gerir ambiente físico	Sem horário
Gerir a comunicação	Sem horário
Orientar	Sem horário
Executar terapia de estimulação sensorial	Manhã/Tarde
Promover mobilidade física	Manhã/Tarde
Otimizar sono	Tarde/Noite
Promover o envolvimento da família	Manhã/Tarde
Executar técnicas de imobilização	SOS

Tabela n.º 4 – Conjunto de intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem de *Delirium hiperativo, hipoaativo e misto* (para o sistema *B-ICU Care*®).

As intervenções de enfermagem ***Gerir analgesia, Gerir sedação e Executar técnicas de imobilização*** já estão associadas a outras atitudes terapêuticas, pelo que não devem ser introduzidas novamente, mas apenas contempladas como estratégias a ter em conta.

A Tabela n.º 5 exemplifica as atividades que concretizam cada intervenção de enfermagem delineada para os diagnósticos de enfermagem. As atividades descritas servem de orientação e uniformização dos cuidados de enfermagem nos doentes internados na UCIP.

Intervenções de enfermagem	Atividades que concretizam a intervenção
Monitorizar o delirium através da escala de CAM-ICU	
Vigiar delirium	<input type="checkbox"/> Hiperatividade (agitação psicomotora, inquietação, verborreia) <input type="checkbox"/> Hipoatividade (letargia, lentificação psicomotora, hiporeatividade a estímulos externos) <input type="checkbox"/> Alternância entre hiperatividade e hipoatividade
Gerir ambiente físico	<input type="checkbox"/> Fornecer objetos pessoais <input type="checkbox"/> Providenciar próteses/ortóteses <input type="checkbox"/> Remover dispositivos médicos desnecessários
Gerir a comunicação	
Orientar	<input type="checkbox"/> Orientar no tempo <input type="checkbox"/> Orientar no espaço <input type="checkbox"/> Orientar na pessoa <input type="checkbox"/> Explicar procedimentos <input type="checkbox"/> Explicar condição de saúde
Otimizar sedação	
Otimizar analgesia	
Executar terapia de estimulação sensorial	<input type="checkbox"/> Técnica de massagem relaxante <input type="checkbox"/> Musicoterapia
Promover mobilidade física	<input type="checkbox"/> Sentar na beira da cama <input type="checkbox"/> Verticalizar <input type="checkbox"/> Levante para cadeirão <input type="checkbox"/> Deambular <input type="checkbox"/> Mobilizações passivas e ativo-passivas
Otimizar sono	<input type="checkbox"/> Limitar os alarmes no período noturno <input type="checkbox"/> Não interromper o sono <input type="checkbox"/> Reduzir o ruído <input type="checkbox"/> Reduzir a luminosidade <input type="checkbox"/> Oferecer tampões de ouvidos <input type="checkbox"/> Oferecer máscara ocular
Promover o envolvimento da família	<input type="checkbox"/> Facilitar o suporte familiar através da visita flexível <input type="checkbox"/> Ensinar o familiar sobre delirium <input type="checkbox"/> Instruir o familiar sobre estratégias não farmacológicas para o delirium
Executar técnicas de imobilização	

Tabela n.º 5 – Intervenções de enfermagem e descrição das atividades que concretizam as intervenções para os diagnósticos de enfermagem de *Delirium hiperativo, hipoativo e misto*.

Na presença de **CAM-ICU negativa**, deve ser dado termo ao diagnóstico de enfermagem. A vigilância deve permanecer até à alta clínica do doente, pelo que até lá deve ser levantado o diagnóstico de enfermagem de **Risco de delirium** (dado que uma história prévia de défice cognitivo agudo é um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*).

V – EXECUÇÃO

A execução desta norma é guiada pelo fluxograma do “Doente crítico com delirium: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP”.

VI – DOCUMENTOS ASSOCIADOS

Protocolo de atuação: “Analgesia, Sedação e Delirium na UCIP”

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHU. (2018). *Analgesia, Sedação e Delirium na UCIP2*. Norma Hospitalar NH 195/CHUA.

Devlin, J., Skrobik, Y., Géliinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., Joffe, A., Kho, M., Kress, J., Lanphere, J., McKinley, S., Neufeld, K., Pisani, M., Payen, J., Pun, B., Puntillo, K., Riker, R., Robinson, B., Shehabi, Y., Szumita, P., Winkelman, C., Centofanti, J., Price, C., Nikayin, S., Misak, C., Flood, P., Kiedrowski, K. & Alhazzani, W. (2018). 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.* 46(9): e825-e873. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

ICN. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Krewulak, K., Stelfox, H., Leigh, J., Ely, E. & Fiest, K. (2018). Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 46(12): 2029-2035. <http://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003402>.

Liang, S., Chau, J., Lo, S., Zhao, J. & Choi, K. (2021). Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care.* 34(4): 378-387. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004>.

Maldonado, J. (2018). Delirium pathophysiology: Na updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry.* 33(11): 1428-1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>.

Mitchell, M., Shum, D., Mihala, G., Murfield, J. & Aitken, L. (2018). Long-term cognitive impairment and delirium in intensive care: A prospective cohort study. *Aust Crit Care.* 31(4): 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.07.002>.

- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos. 1ª Edição*. LIDEL – Enfermagem. Lisboa, Portugal.
- Rahimi-Bashar, F., Abolhasani, G., Manouchehrian, N., Jiryae, N., Vahedian-Azimi, A. & Sahebkar, A. (2021). Incidence and Risk Factors of Delirium in the Intensive Care Unit: A Prospective Cohort. *BioMed Research International*. 2021: 1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/6219678>.
- Sahawneh, F. & Boss, L. (2021). Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. *Nurs Crit Care*. 26(3): 166-175. <https://doi.org/10.1111/nicc.12594>.
- Stollings, J., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B., Pandharipande, P. & Ely, E. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med*. 47(10): 1089-1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>.

VIII – APÊNDICES

APÊNDICE I - Escala de sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)

APÊNDICE II - *The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU)

APÊNDICE III - Fluxograma: *Doente crítico com delirium: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP*

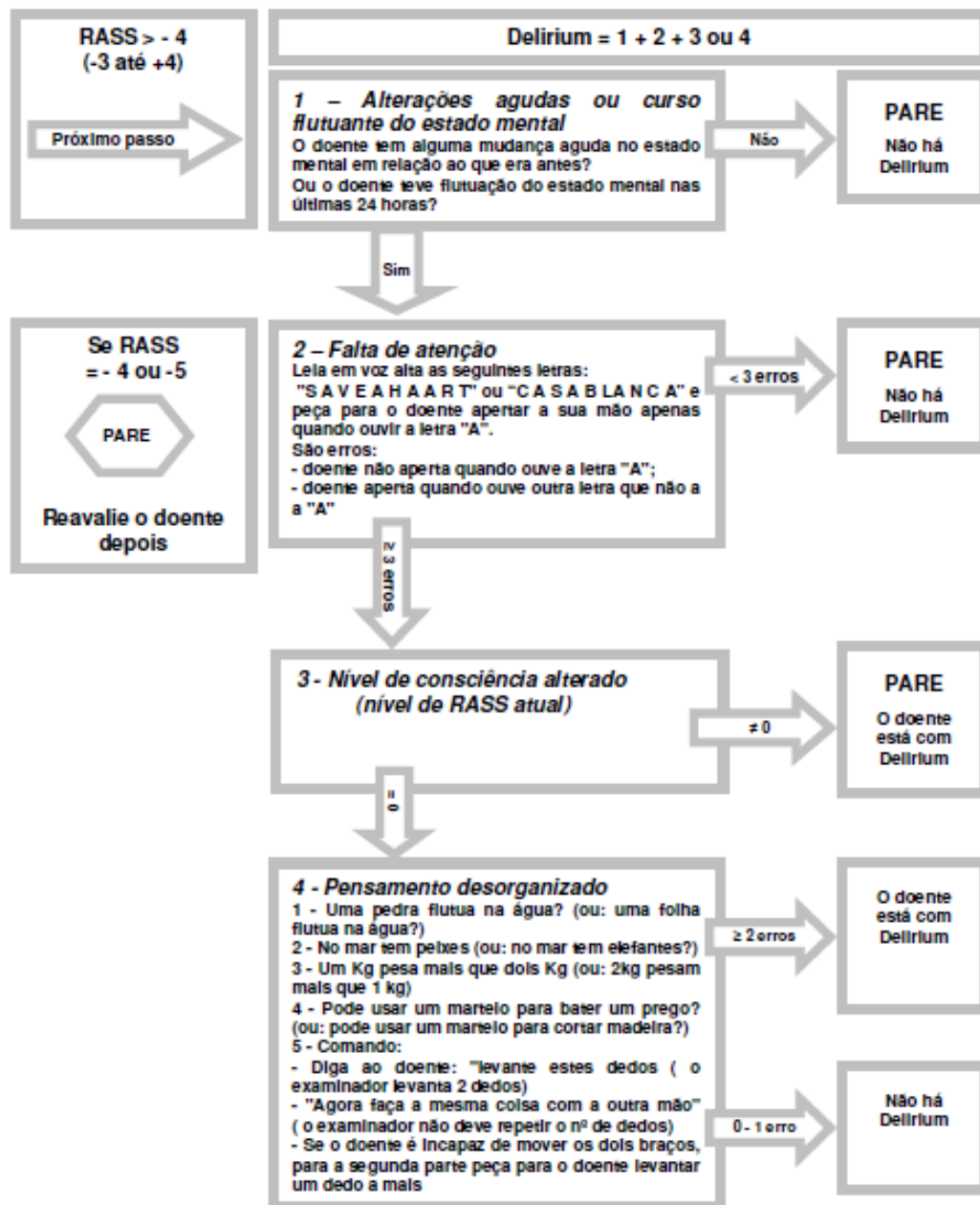
APÊNDICE I

Escala de sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Agressivo	Combativo, violento e perigoso.
3	Muito agitado	Puxa/remove tubos ou cateteres/agressivo.
2	Agitado	Movimentos involuntários frequentes, luta com o ventilador.
1	Inquieto	Ansioso. Sem movimentos agressivos.
0	Alerta/Calmo	
- 1	Sonolento	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado à voz (abertura dos olhos/contacto dos olhos) (>10").
- 2	Sedação ligeira	Acorda breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10").
- 3	Sedação moderada	Movimentos ou abertura dos olhos à voz (mas sem contacto dos olhos).
- 4	Sedação profunda	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil.
- 5	Não despertável	

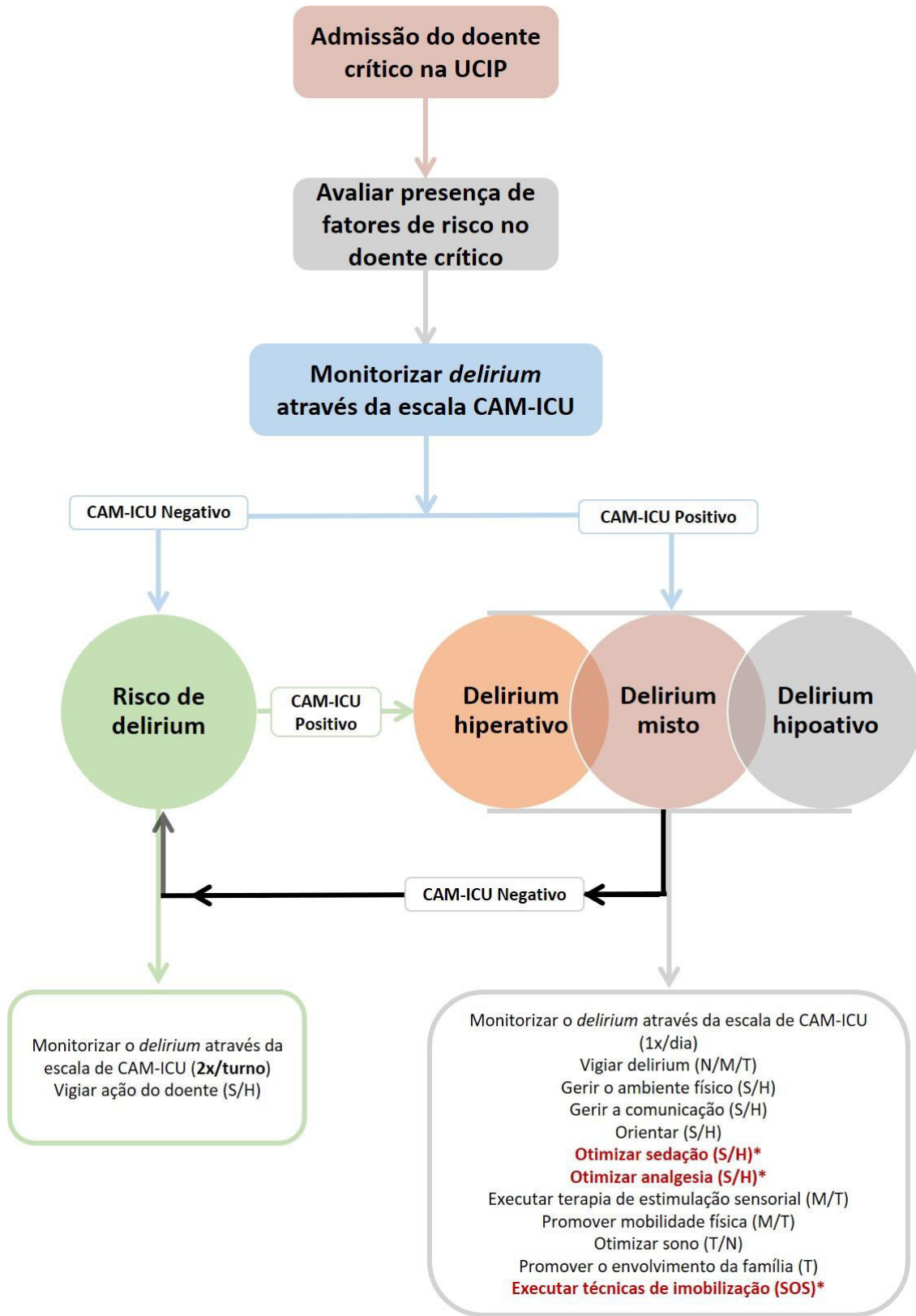
APÊNDICE II

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)



APÊNDICE III

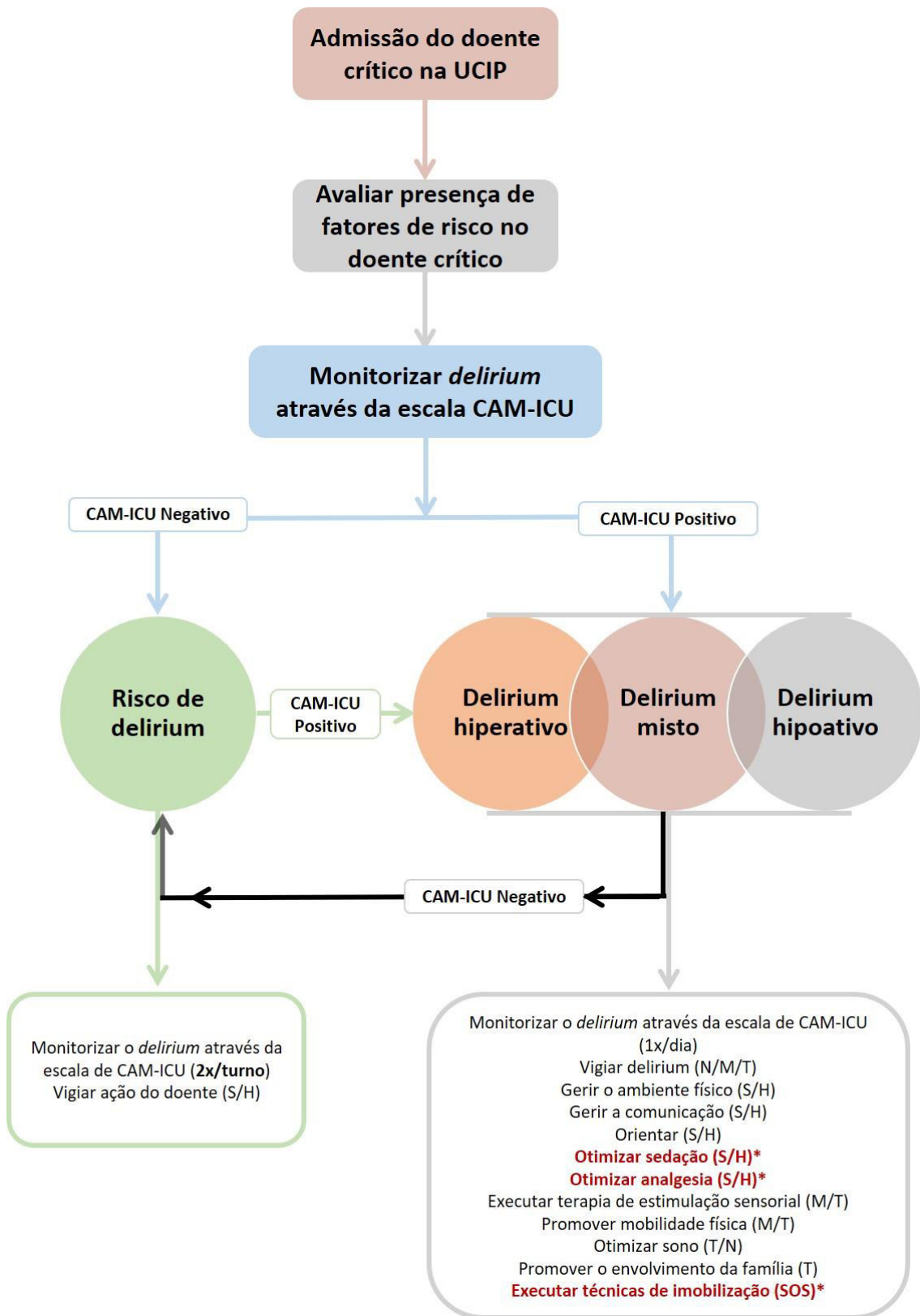
Fluxograma - Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP



Apêndice H - Fluxograma do Doente Crítico com *Delirium*: Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP

Fluxograma

“Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem na UCIP”



**Apêndice I - Plano da Formação em Serviço: Doente Crítico com *Delirium*:
Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Faculdade Superior de Saúde



ESS
Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Luísa Dias

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema:

Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem

Instituição: Centro Hospitalar Universitário (CHU) Unidade Hospitalar 2 (UH)	Local da formação: UCIP	
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)	Data: 02/02/2022	Hora: 16:00h
População-alvo: Enfermeiros da UCIP		
Formador: Enfermeiro João Tavares (Aluno do Mestrado e Especialização)	Duração prevista: 45 minutos	
Orientadores: Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AF Professora Doutora Maria do Céu Marques		

Objetivo geral

- Uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium*

Objetivos específicos

- Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP sobre o *delirium* no doente crítico;
- Apresentar a evidência científica que sustenta a utilização de estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico;

- Divulgar a proposta de planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium*;
- Promover a melhoria contínua na prestação de cuidados ao doente crítico com *delirium*;

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Instrumentos pedagógicos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação aos formandos; • Apresentação do tema; • Apresentação dos objetivos da formação; 	Método expositivo	Computador (PowerPoint) via plataforma TEAMS	5'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização da temática da formação e do projeto de intervenção profissional; • Apresentação da justificação da temática; • Conceito de <i>delirium</i> (definição e classificação); • Epidemiologia sobre o <i>delirium</i>; • Fatores de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i>; • Fisiopatologia do <i>delirium</i>; • Consequências do <i>delirium</i>; • Reconhecimento do <i>delirium</i>; • Estratégias de prevenção e gestão do <i>delirium</i> • Apresentação da proposta da planificação dos cuidados de enfermagem para o doente crítico com <i>delirium</i>; 	Método expositivo	Computador (PowerPoint) via plataforma TEAMS	30'

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da formação • Esclarecimento de dúvidas; • Recolha de sugestões e propostas de melhoria; 	Método expositivo e interrogativo	Computador (<i>PowerPoint</i>) via plataforma <i>TEAMS</i>	5'
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do questionário de avaliação da formação e do formador. 	Método ativo	Questionário de avaliação online	5'

Documentos elaborados	<ul style="list-style-type: none"> • Cartaz de divulgação da sessão de formação (divulgação via e-mail e na UCIP) • Apresentação de diapositivos (<i>PowerPoint</i>); • Instrumento de Avaliação – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre a temática; • Instrumento de Avaliação – Questionário de avaliação da formação e do formando
------------------------------	--

Apêndice J - Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço: Doente Crítico com *Delirium*: Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Associação: Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização: A Pessoa em Situação Crítica

FORMAÇÃO

.....

Doente crítico com delirium:
Planificação dos cuidados de enfermagem

Presencial: Sala de Reuniões UCIP

Online:



02 de Fevereiro de 2022

16:00 horas

Enf.º João Pedro Tavares

Apêndice K - E-mail de Divulgação da Formação em Serviço: Doente Crítico com *Delirium*: Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP



Divulgação da Formação em Serviço - Doente Crítico com Delirium: Planificação dos Cuidados de Enfermagem 2 de Fevereiro de 2022 - 16:00 horas

João Pedro <joaotavarez17@gmail.com>

29 de janeiro de 2022 às 19:33

Boa tarde,

Desde já espero que se encontrem bem.

No âmbito do Estágio Final do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi solicitada a realização de um Projeto de Intervenção Profissional, do qual resultou uma proposta de norma para a planificação dos cuidados de enfermagem para o doente crítico com *delirium*. De forma a apresentar a proposta, vai ser realizada uma formação em serviço na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Universitário - Unidade Hospitalar 2.

Assim sendo, convidam-se todos os enfermeiros da UCIP para participarem na formação em serviço a realizar no dia 02 de fevereiro de 2022 às 16:00 horas na sala de reuniões da UCIP e através da plataforma digital (Microsoft *TEAMS*) dado o contexto atual de pandemia e para facilitar a participação dos formandos.

Seguem os dados:

Tema: Doente crítico com *delirium*: planificação dos cuidados de enfermagem

Formador: Enf.º João Tavares | Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Data: 2 de fevereiro de 2022; **Hora:** 16:00 horas; **Duração:** 45 minutos

Local: Sala de reuniões da UCIP e Sala de formação virtual por plataforma Microsoft *TEAMS*

Link de acesso: https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_MDJI0GViyjYtYzBIOC00MTRjLThkM2QtNTFkNGY1MzBkNTA2%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22ae51f957-7555-4a0c-a329-17658b6a5b95%22%2c%22Oid%22%3a%22b29422a0-8411-4f23-b71ee32d45ead573%22%7d

Atenciosamente,

João Pedro Tavares

Enfermeiro - Mestrando em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

Apêndice L - Formação em Serviço: Doente Crítico com *Delirium*: Planificação dos Cuidados de Enfermagem na UCIP

DOENTE CRÍTICO COM DELIRIUM
PLANIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Formação em Serviço
 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Janeiro, 2022

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica
 Unidade Curricular: Estágio Final

MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem

Discente:
 Enl. João Pedro Tavares (18427969)

Enfermeira Supervisora: Mestre e Enl. Especialista Enl. Médico-Cirúrgica AP
 Professora Orientadora: Profl. Dra. Maria Célia Marques

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

Objetivo geral

- Uniformizar a planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium* na UCIP.

Objetivos específicos

- Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP sobre o *delirium* no doente crítico;
- Apresentar a evidência científica que sustenta a utilização de estratégias não farmacológicas para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico;
- Divulgar a proposta de planificação de cuidados de enfermagem do doente crítico com *delirium*;
- Promover a melhoria contínua na prestação de cuidados ao doente crítico com *delirium*;

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA E DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

(Rakvo et al., 2016)

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA – ESTUDO RETROSPECTIVO

DOENTES COM CAM-ICU POSITIVO

● Sim = azul claro ● Não = amarelo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

● Sim = azul claro ● Não = amarelo

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

● SIM = azul claro ● NÃO = amarelo

Imobilização; Gerir ambiente físico; Gerir comunicação

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Questionário sobre a pertinência do projeto de intervenção e sobre os conhecimentos da equipa da UCIP

- Número total de respostas: 27
- Resultados:
 - 74,1% afirmam que a planificação de cuidados é uma mais valia para a organização do trabalho e para a intervenção no doente;
 - 63% consideram muito pertinente e 33% apenas pertinente a definição de diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem para o *delirium*;
 - 77,8% consideram muito pertinente e 18,5% pertinente a realização de uma formação em serviço sobre a temática.

DELIRIUM

- É uma síndrome com uma variada gama de expressões clínicas:
 - Estado de confusão aguda (metabolopatia aguda);
 - Início agudo ou subagudo e de rápida instalação (horas a dias);
 - Associada a alterações e flutuações do estado de consciência, das funções cognitivas, da atenção e do comportamento do doente.
- A duração do *delirium* pode variar, desde alguns dias até semanas e meses.

(Makobane, 2018; Pinho, 2020; Wilson et al., 2020; White & Jackson, 2022)

TIPOS DE DELIRIUM

(Makobane, 2018; Pinho, 2020)

EPIDEMIOLOGIA DO DELIRIUM

- Cerca de 87% dos doentes internados em UCI podem vir a desenvolver *delirium* a qualquer momento do internamento.
- O *delirium* pode ocorrer em:
 - 40 a 60% dos doentes não ventilados
 - 60 a 80% dos doentes ventilados.
- Taxa média de incidência na UCI: 29%.
- Taxa média de prevalência na UCI: entre 23% e 31,8%.
 - Taxa de prevalência de delirium hipoativo: 17%.
 - Taxa de prevalência de delirium hiperativo: 4%.
 - Taxa de prevalência de delirium misto: 10%.

(Wilson et al., 2020; Liang et al., 2021; Poulsen et al., 2021; Rahimi-Bashar et al., 2021; Sabavneh & Boss, 2021)



CONSEQUÊNCIAS DO DELIRIUM

A prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, levando a:

- Aumento do declínio funcional, cognitivo e emocional;
- Aumento do tempo de necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Aumento do tempo de internamento (na UCI e hospital);
- Aumento da taxa de mortalidade;
- Diminuição da qualidade de vida;
- Desenvolvimento de síndrome pós-cuidados intensivos;

(Mitchell et al., 2018; Wilson et al., 2020; Poulsen et al., 2021)

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E O DELIRIUM

Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis

Pflegeaufwandsindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS

Conclusão: O *delirium* TISS-10, TISS-28 e NEMS são fatores elevados nos doentes com *delirium* (associado ao parâmetro de suporte vital/ventilatório). Os índices TISS-28, TISS-10 e NEMS foram significativamente maiores em doentes profundamente sedados e comatosos (RASS ≤ -3, p=0,0001), mas não em doentes agitados (RASS ≥ 1) e levemente sedados (RASS = 1/2).

Conclusão: O *delirium* TISS-10, TISS-28 e NEMS são reflexos do aumento diário da carga de trabalho em doentes com *delirium* ou apatia.

(Guenther et al., 2016; Thomas et al., 2021)

DELIRIUM E SARS-COV-2

Estudo observacional

Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: a cohort analysis of ICU patients

81,3% desenvolveram *delirium*. 69,3% reuniram-se após sedação profunda e antipsicóticos.

Conclusão: O *delirium* e encefalopatia são sintomas neuropsíquicos causados pela infeção SARS-COV-2 linear a um aumento do tempo de ventilação mecânica.

Estudo observacional

BMJ Open Delirium and neuropsychological outcomes in critically ill patients with COVID-19: a cohort study

Taxa de incidência 65-80%. Duração média de *delirium*: 18 dias. Prevalência de *delirium* pós-alta (1,6%). Alterações cognitivas pós-alta (2,3%). Depressão pós-alta (1,7%).

Conclusão: Dificuldade de desmame ventilatório e da sedação pela gravidade da doença, falta de envolvimento familiar pelo risco de contágio.

(Pillay et al., 2021; Ragheb et al., 2021)

DELIRIUM E SARS-COV-2

Estudo retrospectivo

Delirium in Critically Ill Patients with and without COVID-19—A Retrospective Analysis

64,0% dos doentes desenvolveram *delirium* COVID-19 (51,4% (12/23) e Não COVID-19 (26,7% (13/49)).

Conclusão: COVID-19 não é um preditor de *delirium*.

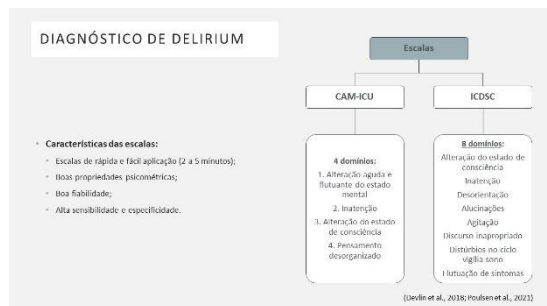
Revisão narrativa

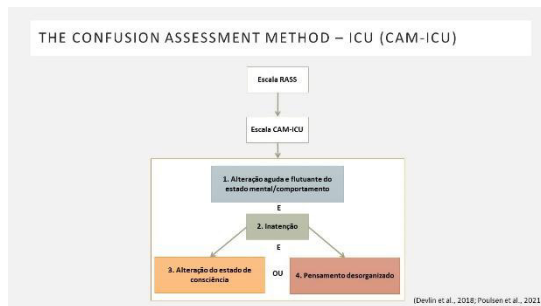
Delirium and COVID-19: a narrative review of emerging evidence

Prevalência entre 12 e 9% na UCI. Aumento da severidade do *delirium* com necessidade de sedação profunda e antipsicóticos.

Conclusão: Estratégias não farmacológicas são limitadas pela diminuição do número de profissionais e pelas restrições de visitas pelo risco de contágio.

(Bakel et al., 2021; White & Jackson, 2021)





ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS

Prevenção

- Não existe evidência científica que demonstre que a eficácia de antipsicóticos (quetiapina, olanzapina e haloperidol), dexmedetomidina, inibidores das colinesterases (donepezilo, rivastigmina) e cetamina para a prevenção do *delirium*.

Tratamento

- Não existe um único agente farmacológico capaz de tratar o *delirium*.
- Delirium* hiperativo « poderá ser necessário recorrer a terapêutica.

(Devlin et al., 2018; Stollings et al., 2021)

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As intervenções de enfermagem para a prevenção e tratamento do *delirium* podem ser agrupadas em 9 categorias:

- Estimulação cognitiva;
- Estimulação sensorial;
- Monitorização do *delirium*;
- Controlo da dor;
- Gestão da sedação;
- Gestão do ambiente físico;
- Promoção da qualidade do sono;
- Mobilização precoce;
- Envolvimento familiar.

(Devlin et al., 2018; Blair et al., 2019; Faruset et al., 2020; Oza et al., 2020; Liang et al., 2021; Sahneh & Boss, 2021)

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Estimulação cognitiva	Estimulação sensorial	Controlo da dor	Gestão da sedação
<ul style="list-style-type: none"> Reorientar no espaço, tempo e pessoas; Fornecer informações sobre o estado de saúde; Chamar o doente pelo nome; Oferecer objetos pessoais; Utilizar calendários e relógios; Usar óculos e próteses auditivas e/ou oculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar música relaxante; Proveer televisão ou rádio; Aplicar massagem terapêutica; 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorização da dor; Tratamento eficaz da dor (não opióide); Reposicionamento; Revisão de medicamentos; Massagem; Imaginação guiada; 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorização da sedação (RASS); Interromção diária da sedação; Evitar utilização de benzodiazepinas e outros medicamentos delirio-génicos.

Monitorização do *delirium*

(Devlin et al., 2018; Blair et al., 2019; Faruset et al., 2020; Oza et al., 2020; Liang et al., 2021; Sahneh & Boss, 2021)

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Gestão do ambiente físico	Mobilidade precoce	Promoção da qualidade do sono	Envolvimento familiar
<ul style="list-style-type: none"> Remover linhas e tubos desnecessários; Manter grades elevadas; Utilizar calendários e relógios; 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a mobilidade física logo que possível; Realizar levantamentos diários; Estimular a autonomia do doente; Evitar o uso de restrições físicas; 	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar interrupções no sono; Evitar o sono diurno; Proveer luzes e tampões auriculares; Proveer máscara facial; Reduzir o ruído; Reduzir a intensidade da luz; 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar horários de visita flexíveis; Integrar os familiares nas decisões sobre o doente; Educar familiares sobre prevenção e gestão do <i>delirium</i>;

(Devlin et al., 2018; Blair et al., 2019; Faruset et al., 2020; Oza et al., 2020; Liang et al., 2021; Sahneh & Boss, 2021)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2018). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 12(1), 1-10.

2. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2019). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 13(1), 1-10.

3. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2020). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 14(1), 1-10.

4. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2021). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 15(1), 1-10.

5. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2022). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 16(1), 1-10.

6. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2023). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 17(1), 1-10.

7. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2024). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 18(1), 1-10.

8. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2025). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 19(1), 1-10.

9. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2026). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 20(1), 1-10.

10. Almeida, A., Almeida, A., Almeida, A. (2027). O Delirium em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Crítica*, 21(1), 1-10.

DELIRIUM IN THE ICU

Questões?
Dúvidas?

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO



- Questionário de avaliação de conhecimentos após a formação sobre a temática do Projeto de Intervenção Profissional
 - Questionário de avaliação da formação
 - Questionário de avaliação do formador

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio Final



Docente:
Enf.ª Inês Pedro Tavares (M4706)

Enfermeira Supervisora, Mestre e Enf.ª Especialista Enf. Médico-Cirúrgica AF

Professora Orientadora: Prof.ª Dra. Maria Célia Marques

Apêndice M - Revisão Sistemática da Literatura: Benefícios da Metodologia *ABCDE* na Avaliação do Doente Crítico

Benefícios da metodologia *ABCDE* na avaliação do doente crítico

Benefits of the ABCDE approach in critically ill patient assessment

Autores:

João Pedro da Silva Tavares – Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Portugal.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques – Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Descritores

Português: Cuidados críticos, Cuidados ao doente, Serviço de Urgência, Abordagem *ABCDE*.

Inglês: *Critical care, Patient care, Emergency department, ABCDE approach.*

Autor de correspondência:

João Pedro da Silva Tavares

Mestrado em Enfermagem em Associação

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora

Largo do Sr. da Pobreza 2B, 7000-811, Évora

Resumo

Enquadramento: O doente crítico é considerado uma pessoa com falência ou eminência de falência de funções vitais, com necessidade de uma avaliação sistematizada e focada nas prioridades com risco de vida, antecipando assim situações de descompensação. A metodologia *ABCDE* permite um raciocínio clínico baseado num algoritmo linear e de fácil utilização, devendo ser utilizado na avaliação inicial, reavaliação e em situações de deteriorização do estado de saúde de qualquer tipo de doente, sendo mais utilizada na avaliação do doente crítico.

Objetivo: Conhecer a evidência científica sobre a metodologia *ABCDE* e quais os benefícios da metodologia *ABCDE* na avaliação do doente crítico.

Metodologia: A revisão sistemática da literatura foi desenvolvida seguindo as recomendações do protocolo de *Joanna Briggs Institute* e os estudos foram selecionados utilizando o modelo *PRISMA*. Foi utilizada a mnemónica *PICOD* para construir a questão de investigação “*Quais são os benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico?*” e para definir os critérios de inclusão (estudos cujo objeto de estudo fosse a metodologia *ABCDE* no doente crítico, utilização da metodologia *ABCDE* em paciente em idade adulta, e todos os artigos escritos na língua inglesa, portuguesa e espanhola). A pesquisa foi realizada entre maio e julho de 2021 nas plataformas *B-On* e *Google Académico*, nomeadamente nas bases de dados *Complementary Index*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE*, *CINAHL*. A pesquisa foi realizada no espaço temporal entre 2017 e 2021. Além dos descritores selecionados, foi utilizado o termo “*ABCDE approach*” para afunilar a pesquisa e a seleção de artigos. Foram identificados 295 artigos dos quais foram selecionados 5 artigos que cumpriam os critérios descritos.

Resultados: Da análise dos artigos selecionados, é possível afirmar que metodologia *ABCDE* é um instrumento de fácil compreensão, utilização, com aplicabilidade em contexto prático e de simulação. Ainda, permite a melhoria do raciocínio clínico em situações crítica e não críticas, melhorando o tempo de atuação e a satisfação dos profissionais de saúde.

Conclusão: A metodologia *ABCDE* tem benefícios para a avaliação do doente crítico, mas nem sempre é utilizada em contexto prático. É necessária mais evidência científica sobre a temática de forma a promover a adesão da metodologia e melhorar a qualidade do processo de cuidados complexos ao doente crítico.

**Apêndice N - Formação em Serviço: Avaliação do Doente Crítico - Metodologia
*ABCDE***

AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

Metodologia ABCDE

Formação em serviço

Serviço de Urgência Polivalente
Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 1

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MESTRADO EM ENFERMAGEM
Mestrado

Discente:
João Pedro Tavares (M47069)

Enfermeira Supervisora:
Enf.ª Especialista Enf. Médico-Cirúrgica
BP

Professora Orientadora:
Prof. Dra. Maria Cáu Marques

Objetivos da formação

Objetivo geral

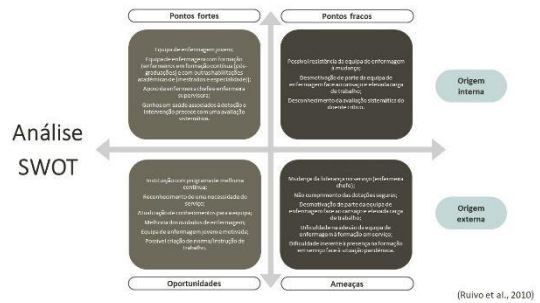
- Sensibilizar os enfermeiros do SUP do CHU EPE – UH1 para a avaliação do doente crítico segundo a metodologia ABCDE.

Objetivos específicos

- Apresentar a evidência científica que sustenta a metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico;
- Promover a utilização da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico;
- Incentivar a utilização adequada da metodologia ABCDE em todo o processo de cuidados;
- Apresentar o póster com o algoritmo de avaliação do doente crítico segundo a metodologia ABCDE.

Justificação do tema

Análise SWOT



Justificação do tema

Competências Específicas do Enfermagem Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização: A Pessoa em Situação Crítica

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

Unidade de competências	Contexto de avaliação
1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e os assegura da estabilidade e risco de falência orgânica.	1.1.1 – Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 – Responde de forma pronta e adequada a focos de instabilidade; 1.1.3 – Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a viver com processos de saúde doença crítica e/ou falência orgânica.

(Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018)

Justificação do tema

Ocorrências	Número de ocorrências
Trauma	15315
Ocorrências COVID	0
Intoxicações	3386
Paragens cardiopulmonares	1786
Obstrução da via aérea	777
Dor torácica	4698
Dispneia	9646
Acidente de viação	3757
Total	96652

Tabela 1. Número de ocorrências no mês de maio de 2015.

Ocorrências	Número de ocorrências
Trauma	10230
Ocorrências COVID	445
Intoxicações	2230
Paragens cardiopulmonares	1480
Obstrução da via aérea	362
Dor torácica	6320
Dispneia	9669
Acidente de viação	3471
Total	107754

Tabela 2. Número de ocorrências no mês de maio de 2021.

(adaptado do INEM, 2021)

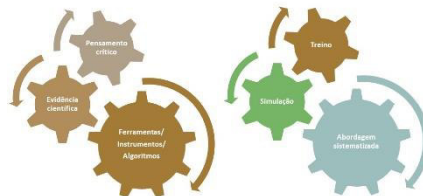
Doente crítico

- Pessoa com falência ou eminência de falência de funções vitais;
- Necessidade de vigilância, monitorização e administração de terapêutica para manter e evitar a morte.
- Requer cuidados especializados, contínuos, centrados em dar resposta às necessidades para manter as suas funções básicas de vida, prevenir complicações e antecipar situações problemáticas, limitando a incapacidade e otimizando a recuperação.



(Ordem dos Enfermeiros (OE), 2017)

Avaliação do doente crítico

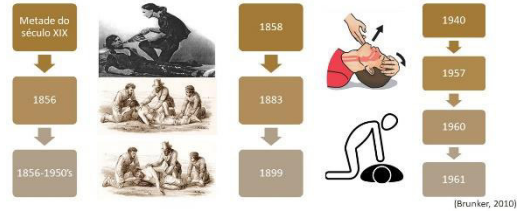


(Olgos et al., 2017; Haxsonkamp et al., 2018; Mohamed & Eljassim, 2018; Ferrández-Méndez et al., 2019; Klerck et al., 2020; Peran et al., 2020)

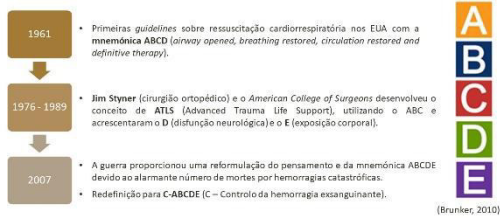
Avaliação do doente crítico



Breve história da ressuscitação



Breve história da ressuscitação

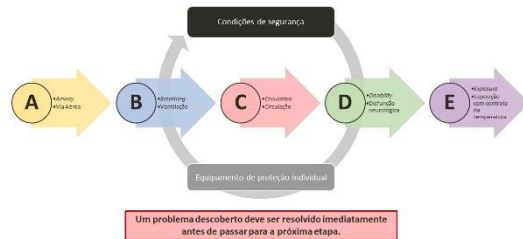
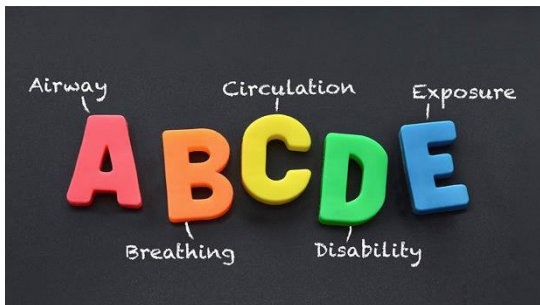


Metodologia ABCDE

- Instrumento de avaliação mais utilizado e aceite globalmente.
- Permite o raciocínio clínico e desmistificação de situações clínicas complexas.
- Utilizada na avaliação inicial, reavaliação e em situações de deteriorização do estado de saúde de qualquer tipo de doente.

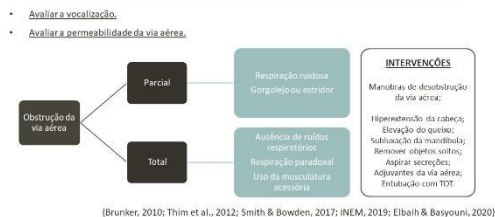


[Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; Elbahi & Basyouni, 2020]



[Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020]

A Via aérea (com controlo da coluna cervical)




A Via aérea (com controlo da coluna cervical)



B Ventilação

- Avaliar a eficácia da ventilação:**
 - Frequência;
 - Tipo de respiração;
 - Amplitude;
 - Ritmo;
 - Simetria;
 - Uso de músculos acessórios.
- Avaliar a coloração da pele, SpO2 e capnografia (ETCO2):**
- Cianose periférica ou central.

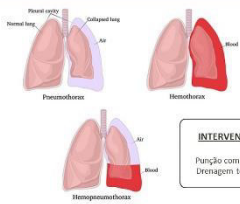


INTERVENÇÕES
 Digeoxeterapia;
 Posicionamento;
 Ventilação assistida (VM e VNI);
 Ajustar oxigênio;
 Adjuvantes da via aérea;
 Entubação com TOT.

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

B Ventilação

- Observar e palpar o tórax:**
 - Lesões fechadas penetrantes;
 - Sinais de evasão subcutânea.
- Realizar auscultação pulmonar:**
- Realizar percussão do tórax:**
 - Timpanismo;
 - Máscice.



INTERVENÇÕES
 Punção com agulha
 Drenagem torácica

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

C Circulação

- Identificar hemorragias e realizar controlo eficaz:**
- Avaliar a possibilidade de hemorragias internas/ocultas (palpação abdominal):**
- Avaliar as características da pele:**
 - Temperatura, coloração e sudorese.
- Avaliar o tempo de preenchimento capilar (TPC):**
- Avaliar presença de pulsos periféricos e características (4 membros):**
- Avaliar pressão arterial:**

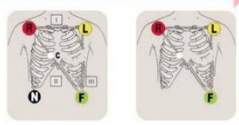
Classification of Hemorrhagic Shock				
	Class I	Class II	Class III	Class IV
Blood Loss (%)	<15%	15-30%	31-40%	>40%
Heart rate	90-100	101-120	121-140	>140
Blood Pressure	Normal	Normal	Decreased	Decreased
Mental status	Alertly anxious	Alertly anxious	Anxious, confused	Confused, lethargic
Fluid replacement	Cryotolerant	Cryotolerant	Cryotolerant, blood products	Cryotolerant, blood products

INTERVENÇÕES
 Controlo da hemorragia;
 Cateter venoso periférico de grande calibre;
 Colocação de acesso intravenoso;
 Cateter venoso central;
 Perfusão de cristaloídes;
 Perfusão de hemoderivados;
 Perfusão de vasopressores.

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

C Circulação

- Monitorizar com eletrocardiograma (ECG):**
- Coilher sangue:**
- Realizar auscultação cardíaca:**



INTERVENÇÕES
 Coilher sangue para oxigênio;
 Coilher sangue para tipagem;
 Coilher sangue para glicemia arterial;
 Monitorização cardíaca contínua.

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

D Disfunção neurológica

- Avaliar estado de consciência:**
- Escala de Coma de Glasgow.
- Avaliar as pupilas:**
 - Tamanho, simetria e reatividade à luz.
- Avaliar a força muscular e sensibilidade:**
- Avaliar a fala e linguagem:**
- Avaliar glicemia capilar:**
- Avaliar presença de dor:**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR ATUALIZADA EM 2019		
PARÂMETRO	RESPOSTA	Pontos
ABERTURA OCULAR	Abre os olhos espontaneamente	4
	Responde a estímulo verbal	3
	Responde a estímulo físico	2
RESPOSTA VERBAL	Orientado e orientado	5
	Orientado	4
	Palavras incoerentes	3
	Silêncio	1
RESPOSTA MOTORA	Obece comandos	6
	Resposta localizada	5
	Resposta anormal	4

APÓS REALIZAR ECG E ANÁLISE A REAÇÃO PUPILAR E AVALIAÇÃO PUPILAR (P) (P)

RESPOSTA: NENHUMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ 0
 APÓS LUZ: APENAS UMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ 1
 APÓS LUZ: AS DUAS PUPILAS REAGEM AO ESTÍMULO DE LUZ 2

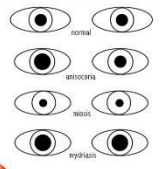
CALCULAR ECG P: Valor de ECG (Glasgow) e Valor adicional P (Pupilar) Total de pontos a partir da avaliação de 2019

PONTUAÇÃO MÍNIMA: 81 PONTUAÇÃO MÁXIMA: 15

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

D Disfunção neurológica

- Avaliar estado de consciência:**
- Escala de Coma de Glasgow.
- Avaliar as pupilas:**
 - Tamanho, simetria e reatividade à luz.
- Avaliar a força muscular e sensibilidade:**
- Avaliar a fala e linguagem:**
- Avaliar glicemia capilar:**
- Avaliar presença de dor:**



Rever o ABC: para excluir hipoxia e hipotensão

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

D Disfunção neurológica

- Avaliar estado de consciência:**
- Escala de Coma de Glasgow.
- Avaliar as pupilas:**
 - Tamanho, simetria e reatividade à luz.
- Avaliar a força muscular e sensibilidade:**
- Avaliar a fala e linguagem:**
- Avaliar glicemia capilar:**
- Avaliar presença de dor:**

Escala de Dor
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem Dor Com Dor Muito Forte
 Sem Dor Com Dor Muito Forte

INTERVENÇÕES
 Posicionamento (inclinação da cabeceira 30°);
 Ajustar a Via Venosa; AWC;
 Prevenir/tratar a dor;
 Prevenir/tratar a hipoglicemia.

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

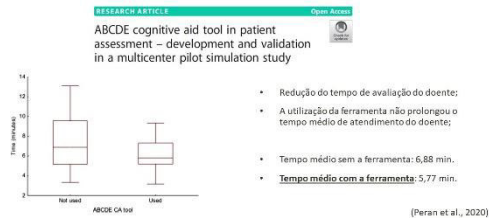
E Exposição com controlo da temperatura

- Avaliar lesões corporais:**
- Não esquecer a parte posterior do corpo.
- Avaliar a temperatura corporal:**
- Remover roupa e adornos (preservar):**
- Preservar a privacidade e dignidade humana**

INTERVENÇÕES
 Realizar tratamento às lesões expostas;
 Posicionamento;
 Aquecimento/arrefecimento corporal;
 Prevenir hipermia/hipotermia.

(Brunker, 2010; Thim et al., 2012; Smith & Bowden, 2017; INEM, 2019; Elbahi & Basyouni, 2020)

Benefícios da metodologia ABCDE



Benefícios da metodologia ABCDE

ORIGINAL RESEARCH Open Access
The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study

- O instrumento ABCDE é um fator determinante para a satisfação dos enfermeiros durante a transição de cuidados;
- Melhor satisfação dos enfermeiros se utilizadas todas as etapas do ABCDE durante a transição de cuidados.

Open Access Original research
BMJ Open Use of simulation training to teach the ABCDE primary assessment: an observational study in a Dutch University Hospital with a 3–4 months follow-up

- O treino e a simulação permitem o desenvolvimento de competências e a integração do instrumento ABCDE na prática.
- Melhor raciocínio clínico dirigido pelo instrumento ABCDE.

(Havonkamp et al., 2018; Klerck et al., 2020)

Benefícios da metodologia ABCDE

ORIGINAL ARTICLE
The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: an observational pilot study

- A metodologia ABCDE foi utilizada em 69% dos participantes do estudo.
- **Motivos para não utilização da metodologia ABCDE em doentes instáveis:**
 - ✓ Impressão inicial do doente diferente;
 - ✓ O motivo de vinda ao serviço de urgência sugeria um doente estável;
 - ✓ O doente foi observado por um profissional de saúde sem treino na abordagem;
 - ✓ Os sinais vitais estavam em valores estáveis quando avaliados na triagem.

(Olgers et al., 2017)

Benefícios da metodologia ABCDE

- Instrumento de fácil compreensão para diferentes profissionais de saúde;
- Aplicabilidade em contexto de treino e simulação;
- Não dispendioso (em termos de tempo e custos);
- Adequado em quaisquer situações críticas e não críticas;
- Permite a uniformização do processo de cuidados ao doente crítico;
- Permite a desmistificação da complexidade do doente crítico;
- Redução no tempo de diagnóstico e tratamento de situações críticas.

(Olgers et al., 2017; Havonkamp et al., 2018; Mohamed & Eljassim, 2018; Fernández-Méndez et al., 2015; Klerck et al., 2020; Peran et al., 2020)

Reflexão

Cenário Clínico:

O Sr. António Silva de 68 anos deu entrada no SU por quadro de dor torácica do tipo opressiva com duração de 2h. Realizou ECG inicial com evidência de enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST nas derivações DII, V2, V3 e V4. O doente é imediatamente transferido para a Sala de Emergência/Diretos.

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial.
Alergias: Desconhece.

Reflexão



Cenário Clínico:

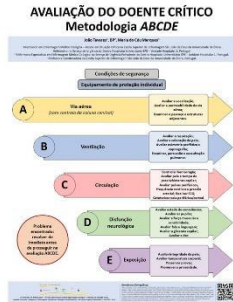
I António Silva, 68 anos.
S Recorreu ao SU por quadro de dor torácica de duração de 20 minutos.
B Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial. Alergias: Desconhece.
A A – Via aérea permeável. Vocalização espontânea.
 B – Respiração abdominal, média amplitude e regular. FR: 18crz/min. SpO2 de 98% (ar ambiente). Sem sinais de ingurgitamento jugular e/ou desvio da traqueia. Auscultação pulmonar normal.
 C – Pulsos periféricos presentes bilateralmente. Mantém monitorização cardíaca contínua com traçado rítmico e regular, com frequências cardíacas de 80-100bpm. Padrão tensional com valores estáveis, mantendo PAM superiores a 65mmHg. Tempo de preenchimento capilar superior a 3 segundos. ECG com elevação do segmento ST nas derivações DII, V2, V3 e V4. Colheu sangue e gaseometria arterial. Canilhos de acesso venoso periféricos 16G no dorso da mão direita e esquerda, que ficam obturados e permeáveis.
 D – Sem alterações do estado de consciência. Orientado no tempo, espaço e pessoas. GCS: 15 (O4V5M6). Sem défices motores e sensitivos nos membros superiores e inferiores. Glicemia capilar de 108mg/dL.
 E – Pele íntegra na totalidade da superfície corporal. Temperatura auricular de 36,7°C.
R Aguarda transferência para Serviço de Hemodinâmica.

Take Home Messages

- A avaliação sistematizada do doente crítico facilita o processo de cuidados;
- Existem vários benefícios para a utilização da metodologia ABCDE para a avaliação do doente crítico;
- O treino, a simulação e a sistematização da ferramenta ABCDE contribuem para a adesão dos profissionais de saúde.



Poster ilustrativo



Referências Bibliográficas

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

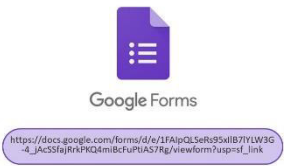
Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Wang, C. (2022). A avaliação do paciente crítico. In: *Atualização de Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.



Questionário de avaliação



Discente:
João Pedro Tavares (M47069)

Enfermeira Supervisora:
Enf.ª Especialista EMC BP

Professora Orientadora:
Prof. Dra. Maria Cêu Marques

**Apêndice O - Póster Ilustrativo: Avaliação do doente crítico - Metodologia
*ABCDE***

AVALIAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

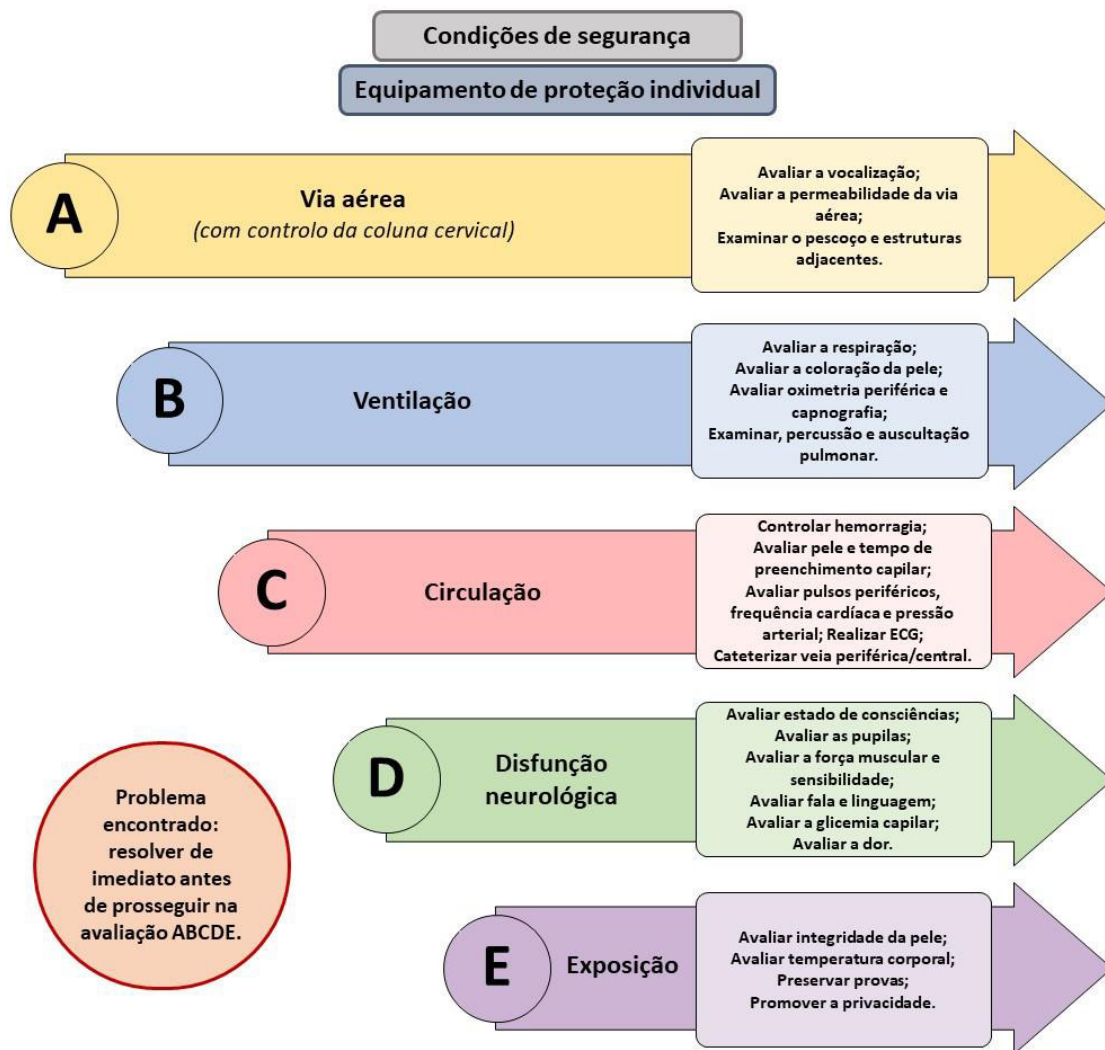
Metodologia ABCDE

João Tavares¹, BP², Maria do Céu Marques³

¹ Mestrando em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Enfermeiro no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 2, Portugal

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 1, Portugal.

³ Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.



Referências Bibliográficas:

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.

Blair, A. & Morrison, J. (2019). *Intensive Care of the Critically Ill*. London: Elsevier.



**Apêndice P - Comunicação Oral: Avaliação do doente crítico - Metodologia
*ABCDE***

Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico

João Tavares* e Maria do Céu Marques**

* Mestrando em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 2, Portugal.

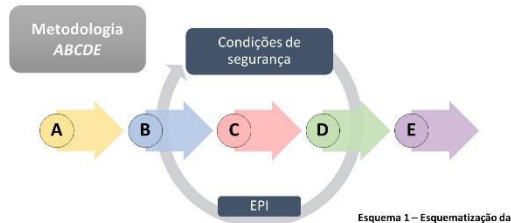
** Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

INTRODUÇÃO

O doente crítico é considerado uma pessoa com falência ou eminência de falência de funções vitais, com necessidade de uma avaliação sistematizada (1).

A avaliação sistematizada do doente crítico permite tratar antecipadamente situações de risco de vida, evitar complicações e acima de tudo estabelecer prioridades (2).

A metodologia mais utilizada é a metodologia ABCDE (A-Airway, B-Breathing, C-Circulation, D-Disability, E-Exposure) (2,3,4,5,6).



Apesar do reconhecimento desta metodologia, existe pouca evidência que suporta a sua aplicação em contexto prático e poucos estudos sobre a sua aplicabilidade.

Desta forma, desenvolvemos este estudo com vista a dar resposta à seguinte questão de investigação: **Quais são os benefícios da utilização da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico?**

OBJETIVO

Conhecer a evidência científica sobre a metodologia ABCDE e quais os benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico.

METODOLOGIA

Foram utilizados os seguintes descritores validados (MeSH): *Critical care, Patient care, Emergency department*. Utilizado o termo *ABCDE approach* para afinar a pesquisa.

Foram contemplados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos cujo objeto de estudo fosse a metodologia ABCDE no doente crítico, englobando apenas pacientes em idade adulta (faixa etária superior a 18 anos);
- Estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Analizados 5 estudos observacionais descritivos.

Artigos na plataforma B-On e Google Académico
Complementary Index, Academic Search Complete, MEDLINE, CINAHL.
(n=295)

Artigos selecionados (n=36)

Artigos selecionados após critérios de inclusão (n=5)

Estudos analisados (n=5)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Brien AD, Pinsky MR. 1975. *Respiratory Care: Principles and Procedures*. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1975. 1000 p.

2. American Association of Critical-Care Nurses. 2002. *Best Practices for Critical Care Nursing*. Silver Spring, MD: AACN; 2002. 100 p.

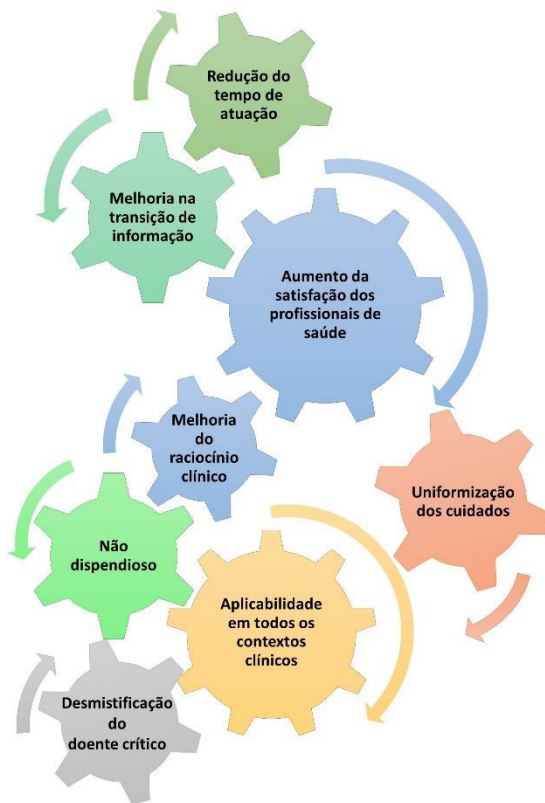
3. American Association of Critical-Care Nurses. 2002. *Best Practices for Critical Care Nursing*. Silver Spring, MD: AACN; 2002. 100 p.

4. American Association of Critical-Care Nurses. 2002. *Best Practices for Critical Care Nursing*. Silver Spring, MD: AACN; 2002. 100 p.

5. American Association of Critical-Care Nurses. 2002. *Best Practices for Critical Care Nursing*. Silver Spring, MD: AACN; 2002. 100 p.

6. American Association of Critical-Care Nurses. 2002. *Best Practices for Critical Care Nursing*. Silver Spring, MD: AACN; 2002. 100 p.

RESULTADOS



Esquema 2 – Representação dos benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico (7,8,9,10,11).

CONCLUSÃO

Tendo em conta o objetivo deste estudo, foi possível compreender os benefícios da metodologia ABCDE e a necessidade de padronizar a avaliação do doente crítico, para posteriormente planejar estratégias de implementação e melhorar a adesão a esta metodologia.

Cabe aos profissionais de saúde apostar na formação e implementação deste instrumento para facilitar a avaliação do doente crítico e assim desmistificar a problemática e as dificuldades.

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

Apêndice Q - Comunicação Oral: Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na UCI

Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na UCI

João Tavares*, AF** e Maria do Céu Marques***

* Mestrando em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.
Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 2, Portugal.
** Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar Universitário EPE – Unidade Hospitalar 2, Portugal.
*** Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

INTRODUÇÃO

o *delirium* é uma condição comum e com altas taxas de prevalência e incidência em todo o mundo (1).

A prevalência do *delirium* leva a um pior prognóstico para o doente, com aumento do declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e aumento do tempo de internamento (2).

A prevenção e gestão do *delirium* baseia-se na utilização de duas estratégias (3,4,5,6,7,8,9):



Esquema 1 – Estratégias para prevenção e gestão do *delirium* na UCI.

O *delirium* no doente crítico é uma condição preocupante, não recente e com repercussões para o doente. Além de ser uma condição multifatorial, é muitas vezes desvalorizada, pelo que é necessário repensar a prática clínica.

Desta forma, desenvolvemos este estudo com vista a dar resposta à seguinte questão de investigação: **Quais são as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na unidade de cuidados intensivos?**

OBJETIVO

Conhecer e identificar na evidência científica as intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico em UCI.

METODOLOGIA

Foram utilizados os descritores validados (MeSH): *Critical care*, *Delirium*, *Nursing care*.

Para afunilar a pesquisa, foram utilizados os termos *Intensive Care Units* e *Nursing Interventions*.

Foram contemplados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos cujo objeto de estudo fosse intervenções de enfermagem para o *delirium* no doente crítico;
- Doentes em idade adulta (faixa etária superior a 18 anos);
- Estudos realizados em contexto de UCI;
- Estudos escritos na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Artigos na plataforma B-On e EBSCO
Complementary index, MEDLINE, CINAHL, SCOPUS
(n=1572)

Artigos selecionados (n=133)

Artigos selecionados após critérios de inclusão (n=21)

Estudos analisados (n=9)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
2. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
3. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
4. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
5. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
6. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
7. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
8. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.
9. Mitchell M, Teasdale T, Walsh C, et al. (2002). Long-term effects of treatment for delirium in intensive care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(1), 1-7.

RESULTADOS

As intervenções de enfermagem foram agrupadas em 9 categorias.



Esquema 2 – Representação das categorias de intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do *delirium* no doente crítico na UCI (10,11,12,13,14,15,16,17,18).

CONCLUSÃO

Tendo em conta o objetivo deste estudo, foi possível compreender as diferentes intervenções de enfermagem para o doente crítico com *delirium* na UCI, para posteriormente aplicar na prática clínica.

Cabe aos enfermeiros apostar na formação e implementação de estratégias não farmacológicas para prevenir e gerir o *delirium* no doente crítico na UCI, com vista a atingir ganhos em saúde para o doente e para as instituições de saúde.



Apêndice R - Comunicação Oral: Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde

International Congress on 21st Century Literacies

15-16 July 2021
Portalegre, Portugal

IMPACTO PSICOLÓGICO DA PANDEMIA COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Joana Barreiros¹, Joana Russo², João Tavares¹, Maria Bilro¹, Mariana Pereira²

¹Mestrando em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal
²Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS); Centro de Investigação Interdisciplinar Aplicada em Saúde (CIAIAS), Portugal

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 exigiu por parte dos profissionais de saúde uma mudança nas suas práticas e uma resposta em contexto de crise de elevada exigência. As mudanças inerentes desencadearam um efeito nefasto sobre o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde da linha da frente, sendo assim necessário avaliar o impacto e desenvolver estratégias de melhoria.

Cabarkapa et al. (2021) comprovaram a existência do impacto psicológico nos profissionais de saúde, enaltecendo que os principais sintomas demonstrados foram a depressão, ansiedade, insónia e o stress pós-traumático. Sanghera et al. (2020) concluíram que existe prevalência de depressão, ansiedade, stress, insónia, stress pós-traumático e *burnout* em profissionais de saúde. Os mesmos autores identificaram ainda que a exposição direta a pacientes com SARS-CoV-2 foi o fator de risco mais comum, tendo sido identificado para todos os sintomas psicológicos à exceção do *burnout*.

Com base numa meta-análise desenvolvida por Sanghera et al. (2020), é possível observar que a elevada prevalência de insónia sugere a degradação da saúde mental nos profissionais de saúde.

Assim, iniciou-se a construção deste estudo com a seguinte questão de investigação: Qual o impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde?

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é identificar o impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Foram identificados um total de 130 artigos no horizonte temporal de 2020 a 2021.

Utilizaram-se os seguintes descritores:

- *Impact, Pandemic, SARS-CoV-2, COVID-19 e Healthcare workers.*

Foram contemplados os seguintes critérios de inclusão: estudos em língua inglesa, espanhola e portuguesa e em texto integral.

Foram analisados 8 estudos (transversais e observacionais).

Artigos identificados nas bases MEDLINE e CINAHL (n=130)

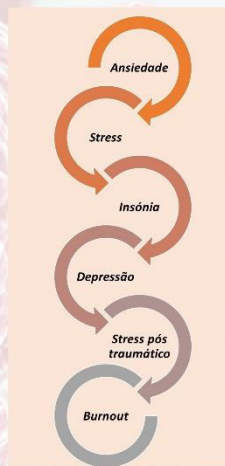
Artigos selecionados após seleção do título (n=32)

Artigos selecionados após critérios de inclusão (n=16)

Estudos analisados (n=8)

RESULTADOS

Os estudos analisados relatam a existência de sintomas psicológicos comuns nos profissionais de saúde que trabalharam durante a pandemia COVID-19. Os autores dos estudos analisados descrevem a existência dos seguintes sintomas:



O stress e a ansiedade foram apontados como os sintomas mais frequentemente exprimidos pelos profissionais de saúde durante a pandemia, com prevalência elevada em todos os estudos. É de realçar que a ansiedade por si só é um sintoma, mas também é o fator desencadeante para os restantes sintomas psicológicos referidos.

Embora com menor incidência, o cansaço, a preocupação, a tristeza e a raiva são outros exemplos de sintomas psicológicos vivenciados pelos profissionais de saúde da linha da frente.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde que prestaram serviço durante a pandemia COVID-19 experienciaram os seguintes sintomas psicológicos: stress, ansiedade, depressão, insónia, *burnout*, stress pós-traumático e outros sintomas psicológicos.

Conclui-se que o foco de atenção deve ser direcionado para a saúde mental de todos os profissionais de saúde, sendo por isso necessário implementar intervenções imediatas para aumentar a resiliência psicológica e assim fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Baselli, R., Corsi, M., Balzanzi, S., Chiumiento, M., Lupo, E., Dell'Osio, V., Bertelloni, C., Massimetti, G., Dell'Osio, L., Cristoforo, A. and Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, pp.1-12; [2] Cabarkapa, S., Nadjalai, S., Muger, J. and Ng, C. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior & Immunity - Health*, vol. 2021.04, pp.3-22; [3] Campos, J., Martins, B., Campos, L., Valado-Shah, F. and Marinho, J. (2021). Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *International Archives of Occupational and Environmental Health*; [4] Chen, Q., Chen, F., Ng, W., Lee, W., Tan, F., Wong, C., Nishi, S., Shi, E., Hu, Y., Hui, C., Phua, E. and Sim, K. (2020). Perceived Stress, Stigma, Traumatic Stress Levels and Coping Responses amongst Residents in Training across Multiple Societies during COVID-19 Pandemic—A Longitudinal Study. *International Journal Environment Research Public Health*, vol. 17, no. 1-12; [5] Forrester, C., Xu, H., Thomas, L., Webb, L., Cohen, L., Carney, T., Chang, C., Darasath, N., Kaushal, R., McKay, J., Modave, F., Nauman, E., Todd, J., Walla, A., Bruno, C., Hernandez, A. and O'Brien, E. (2021). Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *Journal of General Internal Medicine*; [6] Masiero, D., Segala, S., Rencic, D., Piselli, A. and Iagnocco, A. (2020). COVID-19 pandemic: A challenge for healthcare professionals and assessment of anxiety symptoms. *Journal of Health Sciences*, vol. 10, pp. 211-218; [7] Raj, R., Koyajada, S., Kumar, A., Kumari, S., Parit, P., Nishant and Singh, K. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers in India: An observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 9, pp. 5923-5926; [8] Sahin, M., Aker, S., Sahin G. and Karabekiroglu, A. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*, vol.45, pp.1169-1177; [9] Sanghera, J., Mittani, N., Hattim, T., Varley, K., Chermova, M., Bradley, A. and Bune, J. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, vol.62, pp. 1-16; [10] Tranello, C., Bramante, S., Ballarotto, G., Caridioli, C., Camiglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pigatani, S., Viccochi, M. and Babore, A. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, pp.1-12.

Apêndice S - Folheto Informativo: Cuidados de higiene com toalhetes de gluconato de clorhexidina 2%

CUIDADOS DE HIGIENE TOALHETES DE GLUCONATO DE CLOROHÉXIDINA 2% (CHG)

INFORMAÇÕES



Rápida ação bactericida

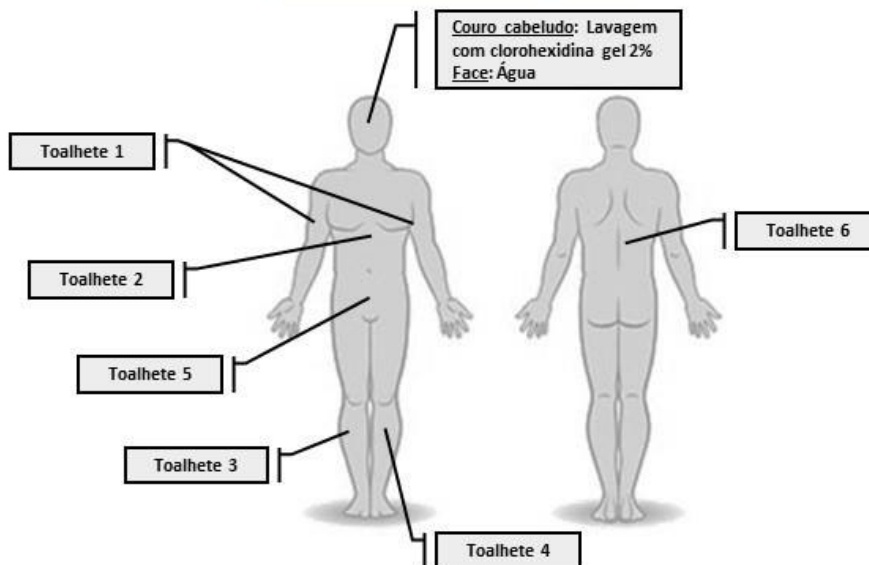
Eficaz contra uma ampla gama de microrganismos (até 6h após aplicação)

Livre de álcool e detergentes agressivos

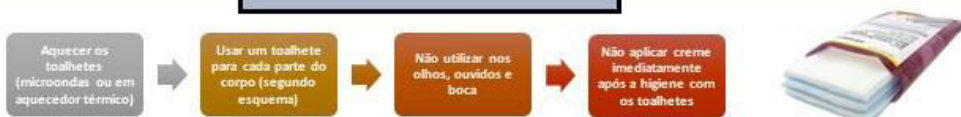
Promove uma aplicação uniforme da clorhexidina pelo corpo

Suaviza a pele com surfactantes, humectantes e pH equilibrado (4,7)

INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO



CUIDADOS



Bibliografia: STYKER (2018). 2% CHG Cloths - The effect on bacteria brochure. Sage Products LLC. <https://www.styker.com/content/dam/styker/wipes/resources/Two-Percent-CHG-Cloths-The-Effect-on-Bacteria-Brochure.pdf>; STYKER (2021). Sage CHG Cloths - Patient Education Card. Sage Products LLC. <https://www.styker.com/content/dam/styker/wipes/resources/Sage-CHG-Cloths-Patient-Education-Card.pdf>; STYKER (2021). Sage Two Percent Chlorhexidine Gluconate (CHG) Cloths Brochure. Sage Products LLC. <https://www.styker.com/wpc-content/uploads/Sage-Two-Percent-Chlorhexidine-Gluconate-CHG-Cloths-Brochure.pdf>



Discente: Aluna da Especialidade e Mestrado em Enf. Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica – Enf.º João Pedro Tavares (M47069)
Enfermeira Supervisora: Mestre e Enf.º Especialista Enf. Médico-Cirúrgica AF
Professora Orientadora: Prof. Dra. Maria Céu Marques

ANEXOS

Anexo A - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHU

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário [REDACTED] E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação "**Doente crítico com Delirium – Planificação de cuidados de enfermagem**", teve como investigador principal o enfermeiro João Pedro Tavares, do Serviço de Urgência [REDACTED] do Centro Hospitalar e Universitário [REDACTED]. Sendo que obteve o **Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde a 02-12-2021**, e foi **autorizado pelo Conselho de Administração a 20-12-2021**.

[REDACTED], 17 de junho de 2022

O Diretor de Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

[REDACTED]

Sede
[REDACTED] ext. 11 529
centroformacao@ [REDACTED]

Baseado no modelo publicado na Portaria n.º 474/2010.

[REDACTED]_CFHC_05_CERT_2017

Anexo B - Autorização da Universidade de Évora



Notificação: Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

João Pedro Tavares

5 de janeiro de 2022 às 12:05

De: SIIUE <siiue-noreply@uevora.pt>

Data: 5 de janeiro de 2022, 12:05:14 WET

Cc: XXXXX@uevora.pt

Assunto: Notificação: Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

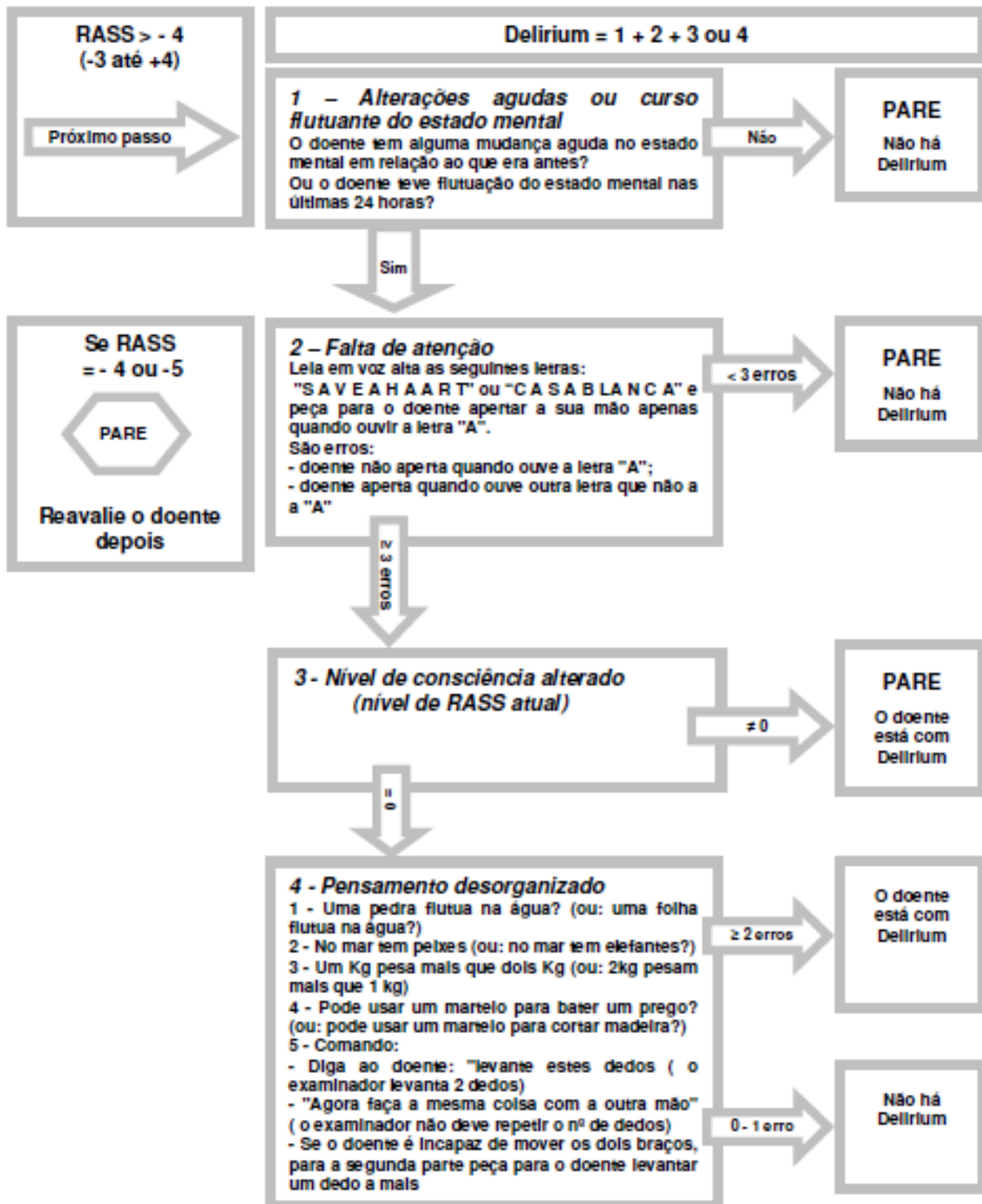
Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 01/01/2022 pelo Conselho Científico da UE o Relatório de Estágio com o título "Doente crítico com *delirium*: planificação de cuidados de enfermagem". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Anexo C - Escala CAM-ICU *Flowsheet*

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit - CAM-ICU Flowsheet



(CHU, 2018)

**Anexo D - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no V Congresso
Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica**

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares**, com o documento de identificação n.º [REDACTED] apresentou o póster "**Benefícios da metodologia ABCDE na avaliação do doente crítico**", da autoria de João Pedro da Silva Tavares e de Maria do Céu Mendes Pinto Marques, no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Instituto de Investigação e Inovação em Saúde



Anexo E - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos



CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: Intervenções de enfermagem para a prevenção e gestão do delirium no doente crítico na unidade de cuidados intensivos** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **João Pedro da Silva Tavares**.

19 e 20 Fev 2022

0338377302017314244900370288JH



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho



Anexo F - Certificado de Apresentação da Comunicação Oral no Congresso Internacional de Literacias no Século XXI



CERTIFICADO

Certifica-se que **João Tavares** apresentou a comunicação intitulada *“Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals”* no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021)/International Congress on 21st Century Literacies, que se realizou online, nos dias 15 e 16 de julho, no Instituto Politécnico de Portalegre.

Portalegre, 16 de julho de 2021

O Presidente do Instituto Politécnico de Portalegre

Albano António de Sousa Varela e Silva

Registo INT_SC/2021/11097



Praça do Município, 11 | 7300-110 Portalegre | T +351 245 301 500 | F +351 245 330 353 | E geral@ippportalegre.pt

www.ippportalegre.pt

Anexo G - Certificado de Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares**, com o documento de identificação n.º [REDACTED] participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de 16 horas.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo H - Certificado de Participação no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares**
participou no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, que decorreu no dia 18
de junho de 2021, num total de 8 horas.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **ÂNDREA MARINA GASPAR**
FIGUEIREDO
Num. de identificação: B1122601815

ÂNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Assinado por: **LILIANA ANDREIA NEVES DA**
MOTA
Num. de identificação: B112147754

LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIIS



2.º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
18 DE JUNHO DE 2021 | ONLINE



Anexo I - Certificado de Participação no VI Simpósio de enfermagem 2021

VI Simpósio de enfermagem

Ontem - Hoje - e... Amanha

ASCI

14 de junho de 2021 10 Temas 1 Simpósio Online

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que **Joao Tavares**, participou no **VI Simpósio de enfermagem 2021**, realizado Online, no dia 14 de junho de 2021. (Duração: 12horas)

00c7c176d30bd3dcaec6964027350c1a1f85ME




José António Pinho


Acácio Bernardino

ORGANIZAÇÃO:



Associação de Apoio ao
Serviço e Cuidados Intensivos do
Centro Hospitalar do Porto
www.asci.org.pt

COLABORAÇÃO:



Anexo J - Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Joao Tavares

Certifica-se para os devidos efeitos que **Joao Tavares**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração:20horas).

19 e 20 Fev 2022

e2c42092928d4f8c60f2ae19b371514.GDNH.G.E



ORGANIZAÇÃO:



Anibal Marinho

José António Pinho



Anexo K - Certificado de Participação no Workshop sobre Oxigenoterapia de Alto Fluxo de Ventilação Não Invasiva

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021

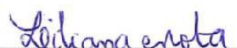
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares** com o documento de identificação n.º [REDACTED] participou no **Workshop de Oxigenoterapia de Alto Fluxo e Ventilação Não Invasiva**, no âmbito do **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, no dia **25 de Outubro de 2021**, no **Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz**, num total de **3 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo L - Certificado de Participação *Master Class* sobre Via Aérea Difícil

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

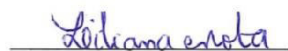
E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares** com o documento de identificação n.º [REDACTED] participou no **Master Class Via Aérea Difícil**, no âmbito do **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, no dia **25 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da **Figueira da Foz**, num total de 3 horas.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo M - Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida



Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares**, nascido em 03/07/1993, com o Número de Identificação Civil 14252742, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2021 a 09/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 09 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



Certificado nº 21036-9/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo N - Certificado do Curso de *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

João Pedro da Silva Tavares, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/16/2021

course site
Escola Superior de Enfermagem de Évora , Évora, INTL
(International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 329300-44583
International
Trauma Life Support

João Pedro da Silva Tavares, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/16/2021 Expiration Date 05/2024

Course Number 44583

Course Location

Escola Superior de
Enfermagem de Évora,
Évora, INTL (International)

Anexo O - Certificado do Estágio de Observação na VMER



Declaração

Para os devidos e legais efeitos se declara que o

Enfermeiro **João Pedro da Silva Tavares**, com o número mecanográfico [REDACTED], colocado no Serviço de Urgência Geral da Unidade Hospitalar de [REDACTED], do Centro Hospitalar Universitário [REDACTED] EPE, realizou um estágio observacional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Unidade Hospitalar de [REDACTED], nos dias 04, 08, 15 e 16 de fevereiro de 2022 com a duração total de 32 horas, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica.

Centro Hospitalar Universitário [REDACTED], EPE, 05 de maio de 2022

[REDACTED]
[REDACTED]
Enfermeira Diretora

Anexo P - Certificado do Curso de Triagem de Prioridades na Urgência

CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA
CERTIFICADO

JOÃO PEDRO SILVA TAVARES

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (Manchester Triage Protocol), realizado no Centro de Formação, na Unidade Hospitalar [REDACTED], do Centro Hospitalar Universitário [REDACTED], pelo Grupo Português de Triagem, no dia 27 de Janeiro 2022, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 31 de Janeiro de 2022

O Coordenador do Curso

[REDACTED]

Grupo Português de Triagem


Ângela Valença

Anexo Q - Certificado do Estágio de Observação na GCL - PPCIRA



Declaração

Para os devidos efeitos declaramos que o Sr. Enf.º João Pedro Tavares, enquanto Mestrando em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, realizou um estágio de observação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos - GCL-PPCIRA – do Grupo [redacted] Saúde.

Mais se declara que o referido estágio teve a duração de 16 Horas, tendo-se realizado nos dias 28 de janeiro de 2022 (Hospital [redacted] – Unidade [redacted]) e 25 de fevereiro de 2022 (Hospital [redacted] – Unidade de [redacted]).

A Consultora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional

[redacted]
[redacted]

Alvor, 29 de março de 2022

[redacted]

[redacted]

Anexo R - Certificado de Participação no Workshop sobre Infecção do Local Cirúrgico

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **João Pedro da Silva Tavares**, com o documento de identificação n.º [REDACTED] participou no **Workshop de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico**, no âmbito do **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, no dia **27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, num total de **1,5 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com

