

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

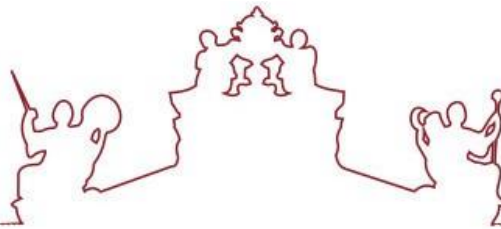
Prevenção do Delirium no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco

Orientador(es) | **Maria Antónia Rasa Correia Costa**

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

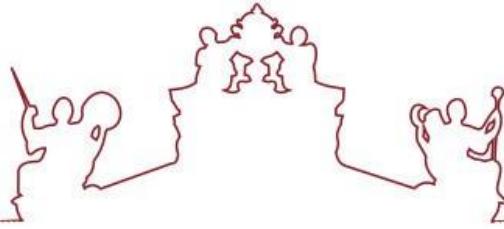
Prevenção do Delirium no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco

Orientador(es) | **Maria Antónia Rasa Correia Costa**

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 | Isabel Bico (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

Évora 2022



**“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter
novos olhos”**

Marcel Proust

“Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos”

RESUMO

Introdução: Este Relatório de Estágio foi desenvolvido em contexto do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Objetivo: Analisar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas durante o estágio final e o seu contributo para o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e Mestre em enfermagem.

Metodologia: Crítico-reflexiva relativamente às atividades desenvolvidas no decurso do estágio final. O projeto de intervenção profissional foi desenvolvido com base na metodologia de projeto.

Resultados: Foi evidenciada a importância da implementação de protocolos de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium* em unidade de cuidados intensivos, para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto.

Conclusão: Foram consideradas desenvolvidas e adquiridas as competências definidas e os objetivos alcançados. O *delirium* é uma complicação comum no doente crítico, com impacto negativo nos doentes, familiares, profissionais de saúde e instituições de saúde, sendo a sua identificação, prevenção e tratamento fundamental para reduzir a sua incidência e duração.

Palavras-Chave:

Delirium; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Prevenção

“Prevention of *Delirium* in the Critically Ill Patient in the Intensive Care Unit”

ABSTRACT

Introduction: This Internship Report was developed in the context of the 5th Master's Degree in Nursing in Association, specialization area in Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Condition.

Objective: Critically and reflectively analyze the activities developed during the final stage and their contribution to the process of development and acquisition of common and specific skills of Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Condition and Master Degree in Nursing.

Methodology: Critical-reflective regarding the activities developed during the final internship. The professional intervention project was developed based on the project methodology.

Results: The importance of implementing protocols for the assessment, prevention and treatment of *delirium* in the intensive care unit was highlighted, in order to improve the quality of nursing care provided in this context.

Conclusion: The objectives and competences defined were considered developed and acquired. *Delirium* is a common complication in critically ill patients, with a negative impact on patients, family members, health professionals and health institutions, and its identification, prevention and treatment is essential to reduce its incidence and duration.

Keywords:

Delirium; Medical-Surgical Nursing; Prevention

AGRADECIMENTOS

Foi uma caminhada exigente, acompanhada de momentos de incertezas, dúvidas e dificuldades que, sem o apoio fundamental de algumas pessoas, nunca teria sido possível terminar, pelo que gostaria de agradecer aos que ajudaram a tornar este caminho um pouco mais fácil.

À Professora pela orientação, disponibilidade e incentivo ao longo deste percurso.

À enfermeira coordenadora, por me ter aberto a porta do seu serviço e por facilitar todo este percurso.

À enfermeira supervisora, pela disponibilidade demonstrada, pela partilha de experiências e pelo contributo fundamental na minha integração e aprendizagem.

A toda a equipa multidisciplinar, em especial à equipa de enfermagem, pela forma como me acolheram no serviço, pelo apoio prestado e por terem colaborado no desenvolvimento deste projeto.

Aos colegas de mestrado, em especial, à "I" pela amizade, companheirismo, partilha e incentivo.

Aos meus amigos e família, em especial aos meus pais, que sempre me incentivaram em não desistir dos meus objetivos e acreditaram no meu sucesso.

Ao meu marido pelo apoio incondicional, compreensão, paciência e acima de tudo pelo seu amor sem o qual nada disto seria possível.

E por último, a pessoa mais importante da minha vida, a minha filha, pelo amor sincero, puro e verdadeiro que me motiva a ser uma pessoa melhor todos os dias.

A todos o meu sincero,

Muito Obrigada!

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	18
2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	18
2.2. <i>Delirium</i> na UCI	25
3. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	35
3.1. Caracterização do Contexto Clínico – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	35
3.2. Projeto de Intervenção Profissional.....	39
3.2.1. Diagnóstico de situação	39
3.2.2. Objetivos	46
3.2.3. Planeamento e execução	46
3.2.4. Resultados e avaliação	53
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .	61
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	62
4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	63
4.1.2. Melhoria contínua da qualidade	67
4.1.3. Gestão dos cuidados	74
4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	78
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	81
4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	82
4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	91
4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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	93
5. CONCLUSÃO	98
BIBLIOGRAFIA.....	100
APÊNDICES	cxvii
ANEXOS	clxxiii

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice nº A: Proposta de Projeto de Intervenção Profissional.....	cxviii
Apêndice nº B: Questionário Aplicado aos Enfermeiros da UCI para Diagnóstico de Situação.....	cxxx
Apêndice nº C: Consentimento Informado para Aplicação do Questionário aos Enfermeiros da UCI.....	cxxxiv
Apêndice nº D: Cronograma de Atividades do Estágio Final.....	cxxxvii
Apêndice nº E: Resumo do Artigo Científico com o Título “Prevenção e Tratamento do <i>Delirium</i> em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa”.....	cxxxix
Apêndice nº F: Manual com o Título “Prevenção e Tratamento do <i>Delirium</i> na UCI”.....	cxliii
Apêndice nº G: Proposta de Protocolo de Atuação no <i>Delirium</i> na Unidade de Cuidados Intensivos.....	cxlix
Apêndice nº H: Plano da Sessão de Formação com o tema “ <i>Delirium</i> na UCI”.....	clx
Apêndice nº I: Diapositivos da Sessão de Formação com o tema “ <i>Delirium</i> na UCI”.....	clxiii
Apêndice nº J: Póster “Triagem em Catástrofe: a Importância da Formação e Treino dos Profissionais de Saúde”.....	clxxi

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo nº A: Autorização do Conselho de Administração para Aplicação do Questionário aos Enfermeiros da UCI.....	clxxiv
Anexo nº B: Cartões de Bolso (<i>pocketcards</i>) Distribuídos aos Enfermeiros da UCI	clxxvi
Anexo nº C: Ficha de Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando.....	clxxviii
Anexo nº D: Certificado de Presença nas “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”	clxxx
Anexo nº E: Programa das “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”	clxxxii
Anexo nº F: Certificado do Curso de Formação Profissional de Suporte Avançado de Vida (SAV).....	clxxxvi
Anexo nº G: Certificado do Curso de Formação Profissional <i>Internacional Trauma Life Support</i> (ITLS).....	clxxxviii
Anexo nº H: Certificado Apresentação do Póster com o Tema “ <i>Disaster Triage: The importance of education and training of health professionals</i> ”	CXC
Anexo nº I: Certificado do Curso para Enfermeiros de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).....	CXCii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1: Representação da Teoria das Transições por Afaf Meleis	21
Figura nº 2: Intervenções Precoces para Prevenção do <i>Delirium</i> na UCI	28
Figura nº 3: <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU)	29
Figura nº 4: <i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i> (RASS).....	30
Figura nº 5: Esquema de Avaliação do <i>Delirium</i> com a Escala CAM-ICU.....	31
Figura nº 6: <i>Bundle</i> ABCDEF.....	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1: Distribuição, por Género, dos Enfermeiros da UCI	41
Gráfico nº 2: Distribuição, por Idade, dos Enfermeiros da UCI	41
Gráfico nº 3: Distribuição, de Acordo com a Formação Académica, dos Enfermeiros da UCI	42
Gráfico nº 4: Distribuição, de Acordo com a Especialidade, dos Enfermeiros da UCI	42
Gráfico nº 5: Tempo, em anos, de Experiência Profissional dos Enfermeiros da UCI	42
Gráfico nº 6: Tempo, em anos, de Experiência Profissional em UCI dos Enfermeiros da UCI	43
Gráfico nº 7: Percentagem de Doentes com Critérios para Aplicação da Escala CAM-ICU (RASS entre -3 e +4)	56
Gráfico nº 8: Percentagem de Doentes com <i>Delirium</i>	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1: Fatores de Risco para <i>Delirium</i> na UCI	27
Tabela nº 2: Resultados Obtidos das questões sobre a Pertinência da Temática em Estudo	44
Tabela nº 3: Análise SWOT	45
Tabela nº 4: Resultados da Aplicação da Escala RASS Durante o Estágio Final.....	56
Tabela nº 5: Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando	59
Tabela nº 6: Avaliação do Formador da Sessão de Formação, pelo Formando	59

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

CA – Conselho de Administração

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

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CJ – Conselho Jurisdicional

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

HELICS – *Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance*

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)

ITLS - *Internacional Trauma Life Support*

LA – Linha Arterial

MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

MRSA – *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PA – Pressão arterial

PAV – Pneumonia associada ao Ventilador

PICCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation and Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUG – Serviço de Urgência Geral

SWOT – *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Threats* (Ameaças) e *Opportunities* (Oportunidades)

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

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente Pessoa em Situação Crítica (PSC), desenvolvido em conjunto por cinco escolas, nomeadamente, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O estágio final desenvolveu-se entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, tendo a duração de 336 horas de contacto que decorreram ao longo de 18 semanas, tendo sido realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) sob a supervisão de uma enfermeira especialista em EMC e com a supervisão pedagógica da docente Maria Antónia da Costa.

Este documento pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, de acordo com uma metodologia crítico-reflexiva, que contribuíram para o processo de desenvolvimento e aquisição de competências inerentes à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente a Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), bem como o Grau de Mestre em Enfermagem, que será submetido a discussão pública e aprovação.

No início do estágio final foi elaborado um Projeto de Estágio, onde foram planeadas as atividades a desenvolver com o objetivo de adquirir e desenvolver as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), como as Competências comuns do Enfermeiro Especialista com base no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, as Competências Específicas de EEEMC-PSC de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho e as Competências de Mestre em Enfermagem estabelecidas no Plano de Estudos do presente Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (UE).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, objetiva-se que o EEEMC-PSC desenvolva a sua prática baseada nas mais recentes evidências científicas, liderando projetos de formação, de assessoria e de investigação com o objetivo de potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (OE, 2018). Desta forma, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), com base na

metodologia de projeto, que se define como uma “Investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.2).

Por conseguinte, foi desenvolvido o PIP na linha de investigação da área da segurança e qualidade de vida, relacionado com o *delirium* no doente crítico em UCI, com o tema Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos.

De acordo com Burry *et al.* (2016), o *delirium* é comum nos doentes internados em UCI, reforçando Mori *et al.* (2016) que o desenvolvimento desta condição clínica, está associado a resultados negativos na evolução clínica do doente crítico, tais como, o aumento do tempo de internamento, que resulta num aumento dos custos e numa maior probabilidade de desenvolvimento de eventos adversos e complicações associadas, verificando-se também um aumento da mortalidade. Cada dia adicional de *delirium* está associado a um aumento de 10% do risco de morte, pelo que, tendo em conta a sua elevada taxa de ocorrência em doentes críticos e as suas consequências este deve ser considerado um grave problema de saúde (Ghaeli, Shahhatami, Zade, Mohammadi & Arbabi, 2018). Tendo em conta que constatámos não existir nenhum protocolo instituído no serviço relativamente aos cuidados à pessoa com *delirium* considerámos importante desenvolver esta temática.

Para a elaboração do presente relatório definimos como objetivo geral: analisar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas durante o estágio final e o seu contributo para o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e Mestre em enfermagem.

Como objetivos específicos delineamos: descrever o contexto clínico onde decorreu o estágio final; apresentar o PIP desenvolvido na UCI, considerando as fases da metodologia de projeto; elaborar uma análise crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e de Mestre.

A realização do PIP bem como do presente relatório de estágio tiveram como suporte a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A estrutura deste trabalho foi elaborada de acordo com as indicações descritas no Regulamento do Relatório do Mestrado em Enfermagem. Este relatório encontra-se assim dividido em três capítulos, sendo que, no primeiro capítulo é descrita a Teoria das Transições na qual se alicerça este

trabalho e realizado um enquadramento teórico relativamente à temática do *delirium*. No segundo capítulo é caracterizado o contexto de prática clínica onde foi realizado o estágio final e apresentado o PIP desenvolvido na área do *delirium* no doente crítico em UCI, explanando todas as suas etapas. No terceiro capítulo é exposta a análise reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e de competências de Mestre em Enfermagem, finalizando com uma breve conclusão.

Este documento encontra-se elaborado tendo por base a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* – 6ª edição, tal como preconizado no Regulamento do Relatório do Mestrado em Enfermagem e, de acordo com o novo acordo ortográfico português.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

De forma a contextualizar a temática em estudo, neste capítulo, primeiramente será desenvolvida a teoria de enfermagem que suporta a realização deste relatório, nomeadamente, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e, seguidamente, será apresentado o enquadramento teórico relacionado com o tema, onde são abordados vários conceitos relacionados com a *delirium*, tais como, a sua definição, tipos de *delirium*, sua incidência e prevalência, complicações associadas ao desenvolvimento de *delirium*, fatores de risco, ferramentas de diagnóstico, nomeadamente a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e por associação a escala *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS) e também as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para prevenir e tratar o *delirium*.

2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

As teorias de enfermagem proporcionam uma oportunidade de reflexão, possibilitando a atribuição de significados às ações e à avaliação da prática. Os enfermeiros que reconhecem os significados conceituais das teorias de enfermagem desde a sua formação mais facilmente conseguem dar sentido à sua prática, podendo destacar-se na construção de raciocínio e avaliação clínica, definir melhores intervenções de enfermagem e identificar fenómenos pelos quais são responsáveis, alcançando melhores resultados (Santos *et al.*, 2019).

Desta forma, pretendemos que a nossa prática clínica seja baseada em teorias de enfermagem, e consideramos que a Teoria das Transições de Afaf Meleis é aquela que melhor caracteriza o nosso pensamento e prática profissional bem como a que melhor se enquadra na temática desenvolvida, pelo que foi a teoria desenvolvida na elaboração deste trabalho.

O desenvolvimento da Teoria das Transições por Afaf Meleis teve por base a investigação das intervenções que podem facilitar o processo de transição bem como das pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis (Guimarães & Silva, 2016). Para Meleis (2010) uma transição pode ser definida como uma passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado, sendo um processo desencadeado por eventos críticos e por uma mudança. Estas transições são caracterizadas por diferentes etapas e pontos de viragem que podem ser definidos por meio dos processos e/ou

resultados finais. A mudança requer por parte do sujeito a incorporação de conhecimentos, alteração de comportamento e mudança na definição do *self* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

De acordo com Meleis *et al.* (2000), tendo em conta a sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos, nomeadamente, desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) e de saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença).

As transições podem apresentar também diferentes padrões, podendo ter um padrão simples (única transição) ou múltiplo; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. As transições possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, tais como: a consciencialização, o empenhamento, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição, os eventos e pontos críticos. Estas propriedades são parte de um processo complexo e não são elementos isolados, relacionando-se entre si (Meleis, 2010).

A transição compreende as continuidades e discontinuidades nos processos de vida dos seres humanos, levando necessariamente a mudanças e desenvolvimentos. Pressupõe um período de maior vulnerabilidade e após este ser ultrapassado, a transição torna-se essencialmente positiva, o que leva a pessoa a um nível de maior estabilidade do que anteriormente (Meleis *et al.*, 2000).

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e é uma característica definidora de transição, uma vez que, a ausência de consciencialização significa que a experiência de transição pode não ter sido iniciada. O seu nível tem influência no nível do empenhamento, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa no seu processo de transição. Só pode ocorrer empenhamento depois da consciencialização das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010).

Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental compreender e descrever os seus efeitos e significados. Para isso estas devem ser exploradas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas perceções, identidades, relações e rotinas (Meleis *et al.*, 2000 e Meleis, 2010).

A diferença é uma outra propriedade da transição que se relaciona com as expectativas não correspondidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente, perceber-se como diferente ou ver o mundo e os outros de maneira diferente. As transições são também caracterizadas pelo espaço temporal da transição, ou seja, por um fluxo e movimento ao longo do tempo, tendo início com os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade e confusão até um eventual fim, altura em que é atingida novamente a estabilidade (Meleis, 2010).

Os eventos e pontos críticos estão, frequentemente, associados com a consciencialização da mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição, podendo ocorrer, por exemplo, ao lidar com situações tais como a morte ou o de diagnóstico de uma doença crónica (Meleis, 2010).

Cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos. É necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade que podem facilitar ou dificultar um processo de transição saudável para compreender as experiências vivenciadas durante as transições, ou seja, a reformulação de identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos (Meleis *et al.*, 2000).

Relativamente aos condicionantes pessoais, são incluídos os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição, as crenças e atitudes culturais que podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição. Uma condição socioeconómica mais limitada está associada a uma maior vulnerabilidade a sintomas psicológicos dificultadores da transição, e a preparação e o conhecimento prévio são facilitadores da transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um fator inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável (Meleis *et al.* 2000 e Meleis, 2010).

As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (Meleis *et al.*, 2000).

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que por sua vez é determinado pelos indicadores de processos e de resultados, sendo os indicadores de processo importantes para a percepção, se o indivíduo, que vivencia a transição, se

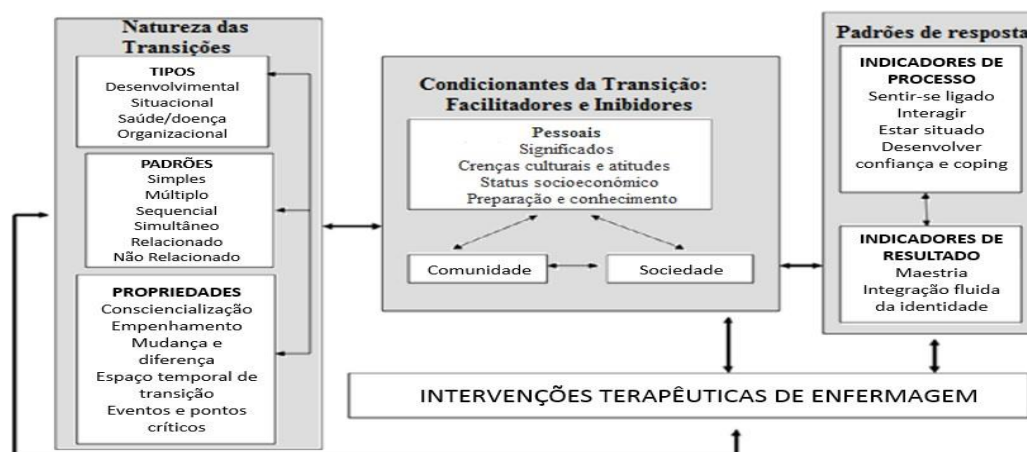
encaminha para um estado de saúde e bem-estar, ou para um estado de vulnerabilidade e risco (Meleis *et al.*, 2000 e Meleis, 2010).

Os indicadores de processo compreendem o sentir-se e estar ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde), o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores e familiares) de forma a clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições, o estar situado (no tempo, espaço e relações) de forma a permitir a desconexão com o passado para enfrentar novos desafios e o desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança e desenvolvimento de estratégias para adquirir confiança e enfrentar a situação (Meleis *et al.*, 2000 e Meleis, 2010).

Como indicadores de resultado é referida a mestria (domínio de novas competências) e a integração da identidade fluida (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para o desenvolvimento de novas competências é imprescindível para uma transição bem-sucedida, sendo os dois, essenciais para um processo de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000 e Meleis, 2010).

De acordo com Figueiredo, Machado e Martins (2018) a teoria de médio alcance de Meleis reflete as relações entre os elementos de uma transição e contempla três conceitos centrais, a natureza das transições, condições da transição e padrões de resposta face à transição, que permitem identificar possíveis tipos, padrões, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade, assim como, o processo e os resultados das transições, relacionando-os com as terapêuticas de enfermagem com o objetivo de elaborar e implementar planos de cuidados, como é visível da Figura nº 1.

Figura nº 1: Representação da Teoria das Transições por Afaf Meleis



Fonte: Meleis (2010, p. 56)

Esta teoria permite aos enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição, pois permite estabelecer orientações para a prática de enfermagem através de uma visão mais completa e aprofundada, permitindo ao enfermeiro aplicar estratégias que facilitem as transições (Figueiredo *et al.*, 2018).

Com a finalidade de atingir um processo de transição saudável o enfermeiro deve conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decurso do seu ciclo vital, e ter a percepção das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade, para desta forma prestar cuidados mais humanizados e holísticos (Meleis, 2007). As intervenções de enfermagem devem ter uma ação continuada no decorrer do processo de transição, concedendo o conhecimento e a capacidade para proporcionar respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis *et al.*, 2000).

Ao promover um cuidado que promova as transições os enfermeiros estão a valorizar a pessoa, associando os seus cuidados ao desenvolvimento humano em benefício do crescimento pessoal no caminho de um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2007).

As transições são uma realidade comum nos serviços de saúde, nomeadamente, as desencadeadas pelo desenvolvimento de doença, pelo que é importante que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os apliquem na prática clínica uma vez que um cuidado centrado nas reais necessidades da pessoa promove o alcance de um estado de bem-estar, bem como, facilita a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos (Guimarães & Silva, 2016).

Meleis (2000) refere que os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores dos utentes e suas famílias, pelo que são estes muitas vezes os primeiros profissionais a perceberem esses momentos de transição, sendo também os que primariamente preparam os utentes e suas famílias para o próprio momento de transição eminente, facilitando o processo de aprendizagem e adaptação dessas experiências, transformando-os em momentos de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências de saúde e doença.

O principal objetivo do enfermeiro ao aplicar esta teoria é o de identificar os potenciais problemas que essas transições provocam no utente de maneira a desenvolver intervenções preventivas, de suporte e terapêuticas, durante todo o processo (McEwen & Wills, 2014).

O doente crítico com necessidade de internamento em UCI, resultante de uma situação de doença aguda ou agravamento de doença crónica, vivencia uma transição do tipo saúde/doença, sendo que, para além desta transição a pessoa pode também estar a experienciar outro tipo de transições em simultâneo. A presença de *delirium* tem influência na capacidade de consciencialização e empenhamento do doente, pelo que, consideramos importante envolver a família, tendo os enfermeiros um papel fundamental na perceção das transições que estão a ser vivenciadas pelos familiares, devendo procurar identificar as condições facilitadoras ou inibidoras da transição, bem como os padrões de resposta adequados.

Reconhecemos que promover a ligação e interação com a família pode facilitar o processo de consciencialização, componente fundamental para desencadear a perceção da mudança na sua condição e desencadear uma transição. Os enfermeiros devem, junto do doente e seus familiares, intervir de forma a facilitar a adaptação às experiências de saúde e doença, para desta forma permitir um processo de transição saudável.

Para identificar o doente crítico com *delirium* é necessário que o doente apresente um estado de consciência responsivo à voz, no entanto, o doente pode perceber, ou não, que iniciou uma transição saúde/doença pelo que uma comunicação eficaz pode facilitar esta transição, permitindo à pessoa sentir e estar ligada bem como interagir com os profissionais e o meio envolvente.

Segundo (Fawcett, 2005) as teorias definem-se consoante o seu nível de abstração e alcance, caracterizando-se as teorias de médio alcance por serem mais concretas e estreitas, derivarem diretamente de um modelo concetual e por serem compostas por um número limitado de conceitos e proposições, que são descritos num nível relativamente concreto e específico.

Para Fawcett (2005) a análise de uma teoria requer descrições objetivas e sem julgamentos, no entanto, a sua avaliação necessita de análise sobre o cumprimento de certos critérios estabelecidos. A autora define seis critérios que permitem a avaliação de teorias de médio alcance, são eles a significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática, testabilidade e adequação empírica.

A significância tem como foco de atenção os contextos da teoria e o seu contributo para a disciplina de enfermagem, para isso, têm de estar explícitos na teoria os conceitos e proposições, as questões filosóficas e o modelo concetual. A consistência interna recai sobre a coerência entre todos os elementos do trabalho, incluindo as reivindicações filosóficas, o modelo concetual, os conceitos e

as proposições. Os conceitos devem apresentar clareza e consistência semântica. A parcimónia realça o conteúdo da teoria e refere que esta deve ter o menor número de conceitos e proposições, tornando-se clara e concisa, sem simplificar demasiado o fenómeno em estudo. Em relação à testabilidade, é considerada a principal característica de uma teoria científica, com base em indicadores empíricos e deve ser passível de ser aplicada e utilizada. Relativamente à adequação empírica, as afirmações teóricas devem ser coerentes com a evidência empírica existente sobre o fenómeno em estudo. Finalmente, a adequação pragmática centra-se na utilidade da teoria para a prática de enfermagem (Fawcett, 2005).

De acordo com os critérios de avaliação descritos e tendo por base a teoria de médio alcance de Afaf Meleis sobre a Teoria das Transições, esta descreve sete conceitos centrais que, do seu ponto de vista, caracterizam a disciplina de enfermagem, nomeadamente cliente, transições, interação, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde (Fawcett, 2005). Existe um paralelismo entre os conceitos utilizados pela teoria e os conceitos metaparadigmáticos definidos pela OE no enquadramento concetual dos padrões de qualidades dos cuidados de enfermagem (saúde, pessoa, ambiente e os cuidados de enfermagem). Neste sentido, com base no conceito de transição, está implícito, em alguns documentos que regulam a profissão de enfermagem expressões que são exemplo disso: “(...) prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...)” (Ministério da Saúde (MS), 1996, p. 2960) ou “intervém na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição” (OE, 2018, p.19369), destacando, por isso, a pertinência desta teoria para a profissão.

Acerca da consistência interna, os seus conceitos são claros e encontram-se bem definidos, facilitando a compreensão da teoria, tornando-a clara e consistente. Relativamente à parcimónia, esta teoria não se poupa em conceitos, apesar de todos se interligarem entre si, pelo que não respeita este critério. No que concerne à adequação pragmática, esta teoria é facilmente aplicada ao contexto da prática de enfermagem, estando claro as diferentes etapas do processo de transição em que o enfermeiro pode intervir, com vista a alcançar o bem-estar da pessoa/família (Meleis *et al.*, 2010). Os trabalhos de investigação conduzidos por Meleis *et al.* (2010) descrevem diversos contextos da prática clínica em que esta foi aplicada, cumprindo o critério de testabilidade. Por último, a adequação empírica, esta teoria cumpre este critério, uma vez que os seus contributos estão de acordo com evidência empírica do fenómeno de estudo.

2.2. *Delirium* na UCI

O *delirium* é definido como uma condição clínica manifestada por disfunção cerebral aguda que ocorre frequentemente em doentes internados em UCI. No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V* este é descrito como uma perturbação global da consciência caracterizada por um estado mental flutuante, desatenção e pensamento desorganizado, que se desenvolve ao longo de um curto período de tempo e tende a flutuar ao longo do dia. O *delirium* prejudica a capacidade do doente de receber, processar, armazenar e recordar informações (*American Psychiatric Association* (APA), 2013).

O *delirium* deve ser diferenciado da demência, especialmente em doentes idosos, sendo a demência uma condição caracterizada por défices cognitivos generalizados e memória prejudicada que se desenvolvem ao longo de um período de tempo consideravelmente mais longo do que o *delirium* (meses, anos). O *delirium* na UCI pode-se sobrepor à doença subjacente (condição pós Acidente Vascular Cerebral, demência), portanto, é essencial determinar o estado prévio do doente (Kotfis, Marra & Ely, 2018).

De acordo com o tipo de sintomas, o *delirium* pode ser categorizado em três subtipos: hiperativo, hipoativo e misto. O *delirium* hiperativo é caracterizado por agitação, ansiedade e comportamentos agressivos com o meio e consigo mesmo. O *delirium* hipoativo é caracterizado por letargia, sonolência e redução da capacidade de resposta aos estímulos, podendo este passar despercebido devido à sua apresentação. O subtipo misto ocorre quando o doente apresenta características oscilantes entre o estado hiperativo e hipoativo (Peterson *et al.*, 2006 e Palencia-Herrejón, Romera & Silva, 2008).

Os doentes críticos têm um risco aumentado de desenvolver *delirium* durante o internamento (Ghaeli *et al.*, 2018). A incidência de *delirium* varia amplamente, de 32% a 87%, dependendo da população de doentes examinada e o método de diagnóstico (Hayhurst, Pandharipande & Hughes, 2016). De acordo com estudos epidemiológicos, a taxa mais alta de incidência é encontrada em doentes de UCI, submetidos a Ventilação Mecânica (VM), atingindo, nestes casos, mais de 80% (Salluh *et al.*, 2010). Segundo Burry *et al.* (2016), são descritas taxas de prevalência de *delirium* que variam de 60 a 89% em doentes críticos sob VM e, 40 a 60%, em doentes críticos não ventilados.

A prevalência de *delirium* em Portugal é desconhecida, induzindo-se que se assemelhe à dos restantes países da Europa (Prayce, Quaresma & Neto, 2018). A elevada prevalência e incidência do *delirium*, juntamente com as consequências do seu aparecimento, tornam-no num verdadeiro

problema de saúde (Ghaeli *et al.*, 2018), acrescentando Varejão e Coelho (2019) que este problema de saúde tem um impacto a longo prazo, não só para o doente, como também, no que respeita a encargos financeiros para os serviços de saúde.

Os dois subtipos mais comuns de *delirium* são: o misto (54%) e o *delirium* hipoativo (44%); o *delirium* hiperativo é extremamente raro (1,6%) (Kotfis *et al.*, 2018). O *delirium* hipoativo é mais comum em doentes idosos, com idade superior a 65 anos, e está associado a pior prognóstico, com uma taxa de mortalidade, em 6 meses, de 32% em comparação com 8,7% nos outros subtipos de *delirium* (Robinson, Raeburn, Tran, Brenner & Moss, 2011).

O *delirium* está associado a um aumento do tempo de internamento hospitalar e consequentemente a um aumento do risco de desenvolvimento de complicações. Apesar da causalidade entre *delirium* e mortalidade não estar estabelecida, os doentes críticos que desenvolvem *delirium*, têm até três vezes maior probabilidade de morrer no decurso de seis meses, sendo que, cada dia adicional de *delirium* aumenta em 10% o risco de morte. É importante salientar que nos doentes submetidos a VM, o *delirium* pode estar associado a doenças de comprometimento cognitivo a longo prazo. Portanto, prevenir o *delirium* é a estratégia mais eficaz para reduzir a sua frequência e complicações (Varejão & Coelho, 2019).

Apesar da elevada prevalência do *delirium* e do facto de este ser um importante preditor de prognóstico negativo, o seu diagnóstico ainda é subvalorizado pelos enfermeiros. No entanto, os enfermeiros são fundamentais na implementação de medidas preventivas através da sistematização da sua avaliação nos doentes internados em UCI (Pereira *et al.*, 2016).

Faria e Moreno (2013) salientam que o *delirium* influencia a segurança dos doentes internados em UCI. Neste âmbito, os enfermeiros têm responsabilidades acrescidas, nomeadamente os enfermeiros especialistas, por deterem competências na área da conceção e manutenção de ambientes terapêuticos seguros. A identificação dos fatores precipitantes do *delirium* pelos enfermeiros é fundamental no planeamento dos cuidados de enfermagem à PSC e para estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes e suas famílias (Oliveira *et al.*, 2020).

São diversos os fatores de risco associados ao desenvolvimento de *delirium*, e podem estar associados a características do doente (género, idade), situação clínica e particularidades do meio (realização de manobras invasivas, internamento em UCI). A identificação de fatores precipitantes

poderá ser pertinente, dado que em cerca de 50% dos casos, o *delirium* é potencialmente reversível (Young, Murthy, Westby, Akunne & O'Mahony, 2010).

No artigo de Prayce *et al.* (2018) são reconhecidos, com alto nível de evidência, os seguintes fatores de risco para *delirium*: a existência de perturbação cognitiva prévia, como demência; depressão; alteração da concentração sérica de sódio; diminuição da acuidade visual; idade igual ou superior a 70 anos. No estudo de Kotfis *et al.* (2018), são descritos fatores de risco predisponentes e precipitantes de *delirium*, tal como descrito na Tabela nº 1.

Tabela nº 1: Fatores de Risco para *Delirium* na UCI

FATORES PREDISPONENTES	FATORES PRECIPITANTES	
	Distúrbios que precipitam o desenvolvimento de <i>delirium</i>	Terapêutica que precipita o desenvolvimento de <i>delirium</i>
Idade avançada	Distúrbios metabólicos	Benzodiazepinas
História de distúrbios cognitivos	Desequilíbrios iónicos	Opióides (morfina)
Comorbilidades	Hipotensão	Anticolinérgicos
Hábitos alcoólicos ou tóxicos	Sépsis	Corticoides
Gravidade da doença subjacente	Gestão inadequada da dor	Sedação profunda
	Ventilação mecânica invasiva	
	Distúrbios do sono	
	Cirurgias major (cirurgia abdominal, cirurgia cardíaca)	

Fonte: Kotfis *et al.* (2018, p.131)

A partir dos 65 anos, o risco de desenvolver *delirium* aumenta em 2% a cada ano adicional (Pandharipande *et al.*, 2006), e a presença de demência duplica o risco de desenvolver *delirium* em contexto de UCI (Rompaey *et al.*, 2009).

De acordo com Gómez Tovar e Henao-Castaño (2021), a etiologia do *delirium* é multifatorial e é causada principalmente por fatores precipitantes e predisponentes. A prevenção do *delirium* está diretamente relacionada ao reconhecimento dos fatores de risco modificáveis, ou seja, fatores que estão sujeitos a intervenções, onde o tratamento preventivo é o mais eficaz no sentido de diminuir a suscetibilidade dos doentes ao desenvolvimento de *delirium*.

O desenvolvimento de *delirium* deve ser considerado um sinal preocupante de compromisso do funcionamento do Sistema Nervoso Central. A procura por uma causa possivelmente reversível deve preceder o tratamento, uma vez que a correção dessa causa, num curto espaço de tempo, melhora a condição do doente. O “*ICU Delirium Study Group at the Vanderbilt University*” sugeriu uma mnemónica (Figura nº 2) para facilitar uma rápida análise das causas do *delirium* (Kotfis *et al.*, 2018).

Figura nº 2: Intervenções Precoces para Prevenção do *Delirium* na UCI

STOP - Remover todos os medicamentos indutores de *delirium*/considerar as síndromes de abstinência de benzodiazepinas
Medicação anticolinérgica (metoclopramida, bloqueadores H2, prometazina, difenidramina)
Corticoides

T. H. I. N. K.
Toxinas: insuficiência cardíaca congestiva, choque, desidratação, fármacos indutores de *delirium*, insuficiência de novo (hepática, renal)
Hipoxémia
Infeções /sépsis, inflamação, imobilização ou nova infecção hospitalar?
Intervenções **Não farmacológicas:** mobilidade precoce/exercícios precoces, aparelho auditivo, óculos, orientação temporal e espacial, higiene do sono, música, controlo do ruído
Distúrbios de K^+ e distúrbios de outros eletrólitos, distúrbios metabólicos

MEDICAÇÃO (EM ÚLTIMO):
Medicamentos antipsicóticos clássicos (por exemplo, haloperidol)
Drogas antipsicóticas atípicas (por exemplo, quetiapina)
Agonistas Alfa-2 (por exemplo, dexmedetomidina, clonidina)

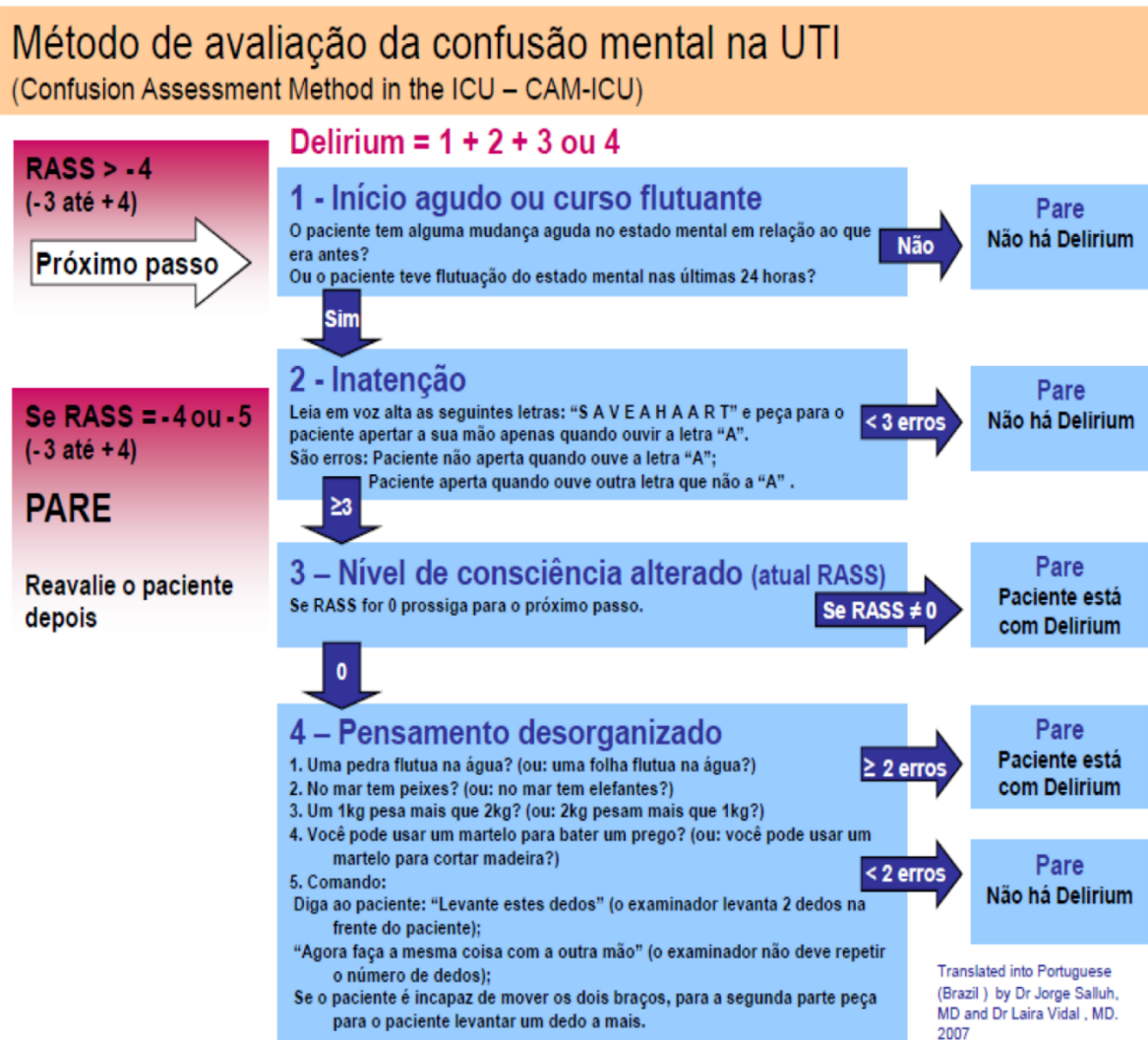
Fonte: Kotfis *et al.* (2018, p.132)

O *delirium* é uma realidade subdiagnosticada (entre 25% e 75%), segundo Sanchez, Gonzalez e Gutierrez (2013) este facto pode estar relacionado com o carácter flutuante do quadro, desconhecimento dos profissionais de saúde em relação à patologia bem como o acesso reduzido a ferramentas de diagnóstico. Oliveira *et al.* (2020) acrescentam que sendo os enfermeiros os profissionais que passam mais tempo junto dos doentes, é importante que estes realizem uma identificação precoce do *delirium*, usando ferramentas válidas, e que também, conheçam os fatores de risco para a ocorrência de *delirium* em doentes em UCI.

Para o diagnóstico de *delirium* deve-se, primeiramente, realizar uma análise da condição cognitiva basal do doente, devendo o declínio cognitivo alertar os profissionais de saúde para a necessidade da realização de uma avaliação de presença de *delirium* com instrumentos diagnósticos. Para essa avaliação deverá ser aplicado um instrumento diagnóstico de *delirium*, sendo a CAM-ICU, considerada adequada para utilizar em UCI e atualmente está validada na versão portuguesa (Prayce *et al.*, 2018).

Este instrumento foi adaptado para a língua portuguesa e tem uma elevada sensibilidade (72,5%) e especificidade (96,2%). Além disso, a CAM-ICU é de fácil aplicação e pode ser utilizado pela equipa multiprofissional (Gusmao-Flores *et al.*, 2011). Na Figura nº 3 é apresentada a CAM-ICU, traduzida para Português.

Figura nº 3: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)



Fonte: Salluh e Vidal (2007)

O Método de Avaliação de Confusão foi apresentado em 1990 pelo médico Sharon Inouye como uma ferramenta para avaliação do *delirium* (Kotfis *et al.*, 2018). A escala CAM-ICU, elaborada em 2011, é uma adaptação desta ferramenta para as necessidades dos doentes internados em UCI, o que possibilita a sua utilização em doentes submetidos a VM, que comuniquem verbal ou não verbalmente (Ely *et al.*, 2001).

A CAM-ICU define o *delirium* através da avaliação de quatro características associadas ao seu diagnóstico: mudanças/flutuações repentinas do estado mental, desatenção, pensamento desorganizado e um nível de consciência alterado (Ely *et al.*, 2001), sendo que um estudo realizado por Gusmao-Flores, Salluh, Chalhub e Quarantini (2012) demonstrou uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 96% para a CAM-ICU.

A avaliação do *delirium* só é possível em doentes que respondem à voz, pelo que, além de uma ferramenta de avaliação do *delirium*, é também necessário avaliar o nível de consciência, sendo a escala RASS (Figura nº 4) recomendada para essa finalidade (Luetz *et al.*, 2010).

Figura nº 4: Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

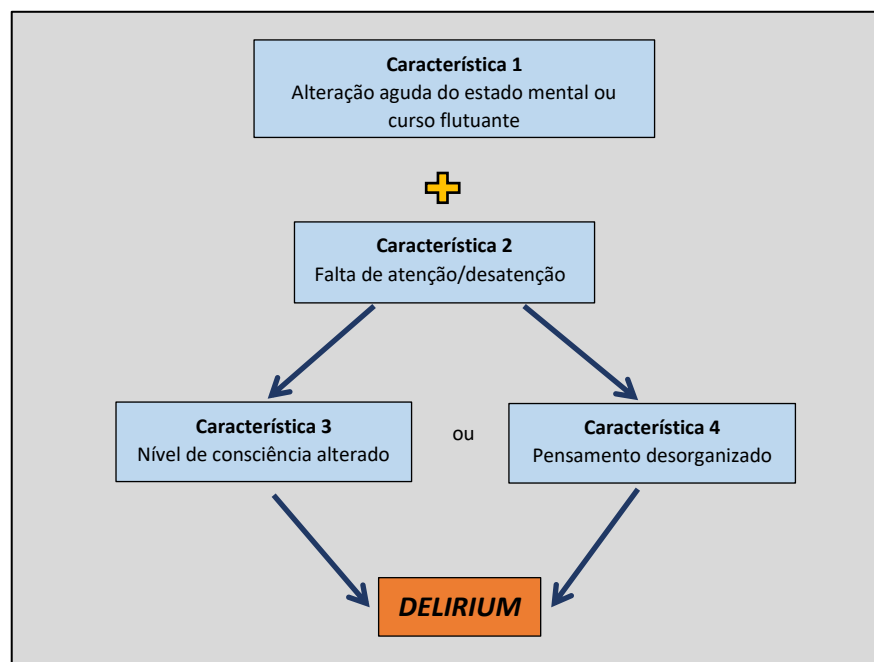
Fonte: Ely *et al.* (2003, p.2985)

Ferramentas de avaliação de *delirium*, como a CAM-ICU não devem ser vistas apenas como uma ferramenta de pesquisa, mas sim como componentes essenciais no cuidado aos doentes. As diretrizes clínicas atuais recomendam a utilização da CAM-ICU para avaliação, do *delirium* em doentes críticos (Hayhurst *et al.*, 2016). Estudos demonstraram elevados níveis de conformidade e confiabilidade relativos à aplicação da CAM-ICU por enfermeiros (Vasilevskis *et al.*, 2011).

A avaliação de *delirium* é um dos componentes da avaliação geral do estado de consciência e é realizado em duas etapas, classificação do nível de consciência e avaliação do conteúdo da consciência. Para a primeira etapa, é recomendada a utilização da escala RASS apresentada anteriormente. A etapa seguinte relaciona-se com a avaliação do conteúdo da consciência. Nos casos de níveis de consciência profundamente alterados (ou seja, RASS -4 e -5), é difícil avaliar o conteúdo porque o doente não responde a estímulos. Nestes casos, designados por coma ou estupor, não se aplica a CAM-ICU, uma vez que se reconhece que o doente não está capacitado para avaliação. Com níveis mais elevados de consciência (ou seja, RASS -3 e +4), já é possível obter reações significativas (ou seja, resposta à voz). Nestes níveis a percepção de pensamento já consegue ser avaliada, logo, também a presença de *delirium* (Kotfis *et al.*, 2018).

Na figura nº 5 apresenta-se um esquema de avaliação do *delirium* com a CAM-ICU.

Figura nº 5: Esquema de Avaliação do *Delirium* com a Escala CAM-ICU



Fonte: Adaptado de Ely *et al.* (2001, p.2704)

Tendo em consideração que muitos casos de *delirium* não são reconhecidos, recomenda-se uma avaliação sistemática, aos doentes adultos internados em UCI, recorrendo a uma ferramenta validada, bem como, a avaliação dos fatores de risco no momento da admissão e durante as primeiras 24h de internamento. A avaliação do *delirium* deve ser realizada pelo menos uma vez durante cada turno de

enfermagem, ou seja, a cada 8-12 horas e sempre que alguma alteração no estado clínico do doente seja observada (Park & Lee, 2019).

Torna-se fundamental a equipa de enfermagem avaliar, classificar e gerir o *delirium*, uma vez que a sua incidência aumenta os dias de internamento, de VM e da mortalidade, tendo um impacto negativo na qualidade dos cuidados (Flores-Oñate, Ceballos-Vásquez & Mejías-Parada, 2021).

Várias estratégias preventivas demonstraram reduzir a incidência de *delirium* na UCI (Hayhurst *et al.*, 2016). As estratégias de tratamento podem ser farmacológicas ou não farmacológicas (Oliveira *et al.*, 2020).

O tratamento farmacológico do *delirium* na UCI ainda é, principalmente, com base na experiência clínica, pois há pouca evidência de qualidade da sua eficácia (Serafim *et al.*, 2015). Até à data não existe consenso relativamente às medidas farmacológicas a adotar para a prevenção do *delirium* e a comprovação da eficácia dos agentes profiláticos para reduzir o *delirium* é insuficiente, enfatizando este contexto a importância do papel das medidas não farmacológicas na prevenção do *delirium* (Hayhurst *et al.*, 2016).

No âmbito das intervenções não farmacológicas, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, podendo ser um dos principais responsáveis pela prevenção do *delirium*, através de um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem (Sousa, Simões & Araújo, 2019).

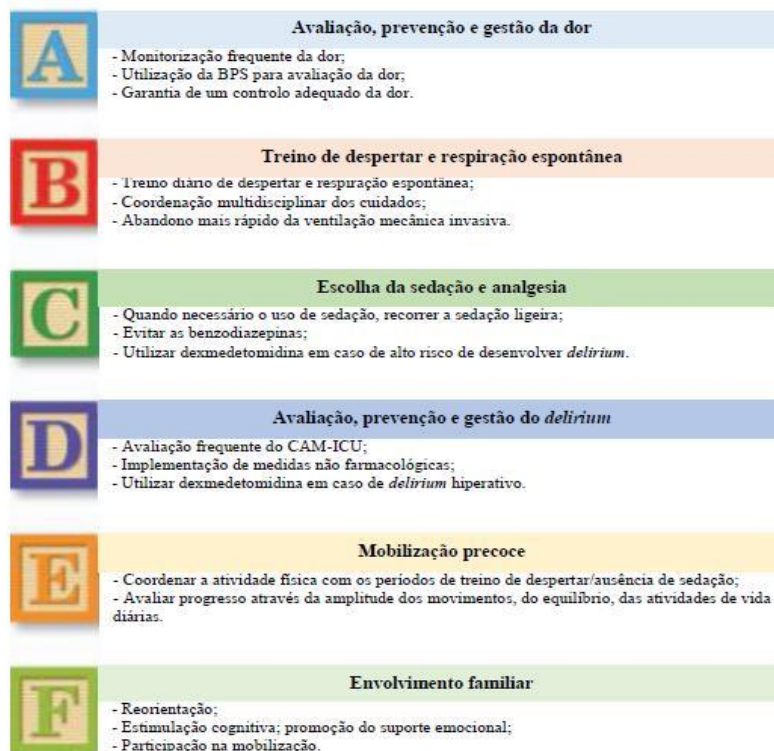
O tratamento do *delirium* é baseado no diagnóstico precoce e na limitação dos fatores de risco, como desidratação, imobilização, distúrbios do sono, visão ou audição. Os fatores ambientais afetam consideravelmente o desenvolvimento de *delirium*, portanto, os profissionais de saúde da UCI, devem ter como objetivo fornecer o ambiente ideal para limitar o número de estímulos desnecessários que afetem o sistema nervoso central do doente. A gestão de estratégias incluem limitação de ruído, exposição à luz natural durante o dia e durante a noite, adequar a temperatura ambiente e promover um descanso noturno adequado. Outros elementos importantes são uma reabilitação diária adequada e a promoção da presença de familiares, sendo fundamental garantir uma comunicação eficaz, promover orientação diária quanto ao lugar, tempo e condição do doente e facultar óculos e aparelhos auditivos, quando necessário (Kotfis *et al.*, 2018).

Morandi, Brummel e Ely (2011) avaliaram o efeito combinado de várias intervenções não farmacológicas na prevenção do *delirium* desenvolvendo uma *bundle* de cuidados, publicada em 2011,

denominada “*Bundle ABCDE*”. Posteriormente, foi adicionado um elemento, o envolvimento familiar (F), sendo agora esta denominada “*Bundle ABCDEF*”, que inclui a avaliação e gestão de dor, treino de despertar e respiração espontânea, escolha de sedação (se necessário), monitorização e gestão do *delirium*, mobilidade precoce e exercício e envolvimento familiar (Barnes-Daly, Phillips & Ely, 2017).

Para Barnes-Daly *et al.* (2017) a implementação desta *bundle ABCDEF* (Figura nº 6) revela-se eficaz, mesmo quando aplicada apenas parcialmente, proporcionando uma diminuição no *delirium* na UCI. Para os mesmos autores estas intervenções não farmacológicas e estratégias de gestão de *delirium* através da minimização de intervenções farmacológicas, com foco na identificação e intervenção nos fatores risco modificáveis, ajudam a prevenir o *delirium* na UCI e melhorar os resultados dos doentes.

Figura nº 6: *Bundle ABCDEF*



Fonte: Hayhurst *et al.* (2016, p.1236)

Considerando o facto de que os doentes em UCI são expostos a vários fatores de risco para desenvolvimento de *delirium*, é preferível uma abordagem multifatorial.

Os estudos em doentes internados em UCI sugerem que a implementação de um programa de mobilização precoce, o uso de tampões de ouvidos, redução de luz e ruído no período noturno, uma maior exposição à luz do dia e um programa de reorientação, pode reduzir a frequência de *delirium* substancialmente (Slooter, Van de Leur & Zaal, 2017). Para Deng, Cao, Zhang, Peng & Zhang (2020), o envolvimento familiar é uma intervenção que deve ser indispensável para prevenir o *delirium*.

Tendo em conta a relevância do *delirium* na UCI, é importante evidenciar a intervenção dos enfermeiros na prevenção e identificação de *delirium* nos doentes críticos (Mori *et al.*, 2016).

3. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

Neste capítulo primeiramente é feita uma breve descrição do serviço onde foi realizado o estágio final, como forma de caracterizar o contexto clínico no qual se desenvolveu o processo de aquisição/desenvolvimento de competências. Posteriormente é apresentado o PIP que surgiu no âmbito da unidade curricular estágio final, integrado nas atividades desenvolvidas, com vista à aquisição/desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

3.1. Caracterização do Contexto Clínico – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Neste subcapítulo é apresentada a definição, missão, forma de organização e funcionamento, bem como a estrutura física e recursos humanos existentes no serviço onde foi realizado o estágio final, tendo este sido desenvolvido em contexto de UCI num hospital da Região Sul e Vale do Tejo.

Este serviço caracteriza-se por ser qualificado para monitorizar e suportar disfunção orgânica em doentes críticos, com o objetivo principal de suportar e recuperar as suas funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, dessa forma, proporcionar condições para uma vida futura com qualidade (Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), 2018).

Esta UCI tem como missão a gestão do doente crítico dentro do hospital, estando estruturada para, de uma forma integrada e facilitadora, permitir antecipar e suportar, em tempo útil, as doenças e as suas complicações ameaçadoras das funções orgânicas vitais. A UCI deverá diferenciar-se pela especificidade dos cuidados que presta, bem como, pela competência dos seus profissionais. A atividade da UCI é centrada na abordagem do doente crítico como um todo, não fragmentado, na humanização e equidade dos cuidados prestados, sendo valorizados a diferenciação técnico-profissional e atualização científica dos seus profissionais, assim como a ética profissional e a qualidade traduzida em ganhos de eficácia, eficiência e segurança (CHS, 2018).

A UCI possui as características definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelas Sociedades de Medicina Intensiva nacional e europeia que permitem afirmar a sua capacidade estrutural, técnica e

científica, assim como a organização necessária para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos com disfunção múltipla de órgãos (CHS, 2018).

Esta UCI integra duas unidades funcionais: a UCI e a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) e está **classificada em nível III**, de acordo com o definido pela DGS, uma vez que possui quadro próprio médico e de enfermagem, presta assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e tem instituídas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos para médicos e enfermeiros. Trata-se de uma unidade polivalente, uma vez que admite doentes médicos e cirúrgicos, sem predominância de uma especialidade específica (CHS, 2018).

A EEMI possui regulamento próprio seguindo o modelo preconizado pela DGS e é funcionalmente e hierarquicamente dependente da UCI e pretende dar resposta aos cuidados urgentes aos doentes internados em risco, sendo ainda responsável pelo atendimento aos utentes e profissionais que circulam nas áreas comuns do hospital, sempre que se justifique. A EEMI deverá atuar fora da UCI e, sobretudo, a montante da possível admissão nas unidades de cuidados ao doente crítico, possibilitando a melhoria dos cuidados de prevenção da doença crítica ou antecipando o seu tratamento e proporcionando cuidados equivalentes aos da UCI em caso de indisponibilidade imediata de cama naquele serviço (CHS, 2018).

Este serviço faz parte da rede de referência hospitalar de cuidados intensivos da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Desta forma, esta UCI trata doentes críticos provenientes de outros concelhos pela drenagem para o SUG (Serviço de Urgência Geral) da via verde coronária e dos doentes agudos hemodialisados daqueles concelhos (CHS, 2018).

Estrutura física

A área total da UCI é de, aproximadamente, 350m², com acesso a circuitos diferenciados para doentes e materiais clínicos, incluindo:

- Área de doentes (140m²): dispondo de 7 camas, das quais 5 em área comum e 2 cama em isolamento físico, possuindo uma zona de trabalho de enfermagem/controlo central com visão direta sobre todas as camas;

- Área de apoio (210m²): dispondo de 1 área de receção/secretariado, 2 gabinetes médicos, 1 gabinete de enfermagem, 2 sanitários para profissionais, 1 copa, 1 pequeno laboratório, 1 armazém

de equipamentos com área anexa para limpeza de materiais, 1 sala para material de consumo clínico, 1 sala de sujus /resíduos e 1 vestiários para profissionais (CHS, 2018).

Recursos humanos

A UCI detém quadro próprio, constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um assistente administrativo. A equipa médica é constituída por 6 médicos, dos quais 1 exerce funções de diretor do serviço (CHS, 2018).

A competência, qualidade e quantidade de enfermeiros é uma condição fundamental para garantir a eficiência do serviço. A prestação de cuidados impõe o máximo de exigência qualitativa, sendo obrigatório o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos que orientam as intervenções de enfermagem (CHS, 2018).

A equipa de enfermagem é constituída por 49 elementos, dos quais 14 são enfermeiros especialistas (8 enfermeiros especialistas em EMC, 4 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública).

Os enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados de enfermagem estão distribuídos por 5 equipas em horário rotativo, constituídas por 8 enfermeiros cada uma e lideradas por um enfermeiro especialista em EMC. O número de enfermeiros em cada turno varia entre 4 a 6, nunca devendo ser inferior a 4, sendo que, por turno, estabelece-se um total de enfermeiros de forma a assegurar, no mínimo, uma relação de enfermeiro-doente 1:2, conforme estabelecido pela DGS para uma unidade de nível III. Para além dos anteriores, deverá ser escalado, pelo enfermeiro chefe de equipa, um enfermeiro (com maior experiência em cuidados intensivos) durante 24 horas diárias para cuidados urgentes na EEMI (CHS, 2018).

A UCI dispõe de uma equipa com 4 enfermeiros de reabilitação, que identificam as necessidades de intervenção a todos os doentes internados, no domínio da enfermagem de reabilitação. Ao nível da gestão, existe uma enfermeira coordenadora do serviço a qual tem a responsabilidade da elaboração do horário de trabalho, assim como a sua alteração (CHS, 2018).

A distribuição do trabalho é feita pelo enfermeiro chefe de equipa, utilizando o método individual, que consiste na atribuição a cada enfermeiro de um número de doentes que não ultrapasse o rácio de 1:2 e tendo em conta a carga de trabalho de enfermagem calculada para cada paciente. Para promover o espírito de equipa e interajuda, é indispensável que cada enfermeiro seja conhecedor

da situação clínica de todos os doentes pelo que, em todos os turnos, é feita uma passagem dos doentes à equipa seguinte, junto à cama do doente, salvaguardando sempre o direito à confidencialidade da informação. A passagem de turno deve ser assistida por todos os enfermeiros, de forma a garantir a continuidade dos cuidados prestados e discussão dos casos clínicos. O enfermeiro de serviço à EEMI passará ao enfermeiro que o rende, as ocorrências relativas ao seu funcionamento e também aos doentes deixados a seu cargo noutros locais do hospital, garantindo, em cada turno, a verificação/reposição do material necessário ao funcionamento da EEMI (CHS, 2018).

Os registos de enfermagem são realizados no processo clínico informatizado na plataforma “sclinico” e podem ser consultados por todos os enfermeiros dos serviços que tratam o doente (CHS, 2018).

Este serviço conta ainda com uma equipa de assistentes operacionais que, grande parte das suas funções é de auxílio ao trabalho de enfermagem, devendo ser em número de 1 a 4 elementos por turno e 1 assistente administrativo, sendo a sua distribuição uma função do enfermeiro chefe de equipa (CHS, 2018).

Este Centro Hospitalar tem implementada uma Estratégia de Melhoria da Qualidade que tem como objetivo principal fomentar um Sistema de Gestão da Qualidade participativo, seguindo a aplicação dos Princípios de Qualidade definidos para este Centro Hospitalar, com o envolvimento dos profissionais, utentes e colaboradores, dando continuidade à implementação de um conjunto de indicadores que permitam fazer a revisão dos progressos face aos objetivos traçados anualmente (CHS, 2017).

São definidos como Princípios da Qualidade: a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e segurança para o doente; o investimento na formação e valorização das competências técnicas e humanas dos profissionais; o respeito pelos utentes e pelas suas sensibilidades pessoais, culturais e religiosas; a articulação com os doentes e seus familiares no processo de reabilitação e na prestação de cuidados continuados; a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis (CHS, 2017).

Para a implementação desta estratégia foram criadas estruturas multiprofissionais, que desenvolvem um trabalho em rede permitindo uma disseminação da cultura da qualidade e de gestão de risco, com o objetivo principal na segurança do doente (CHS, 2017).

O facto deste Centro Hospitalar ter uma política de melhoria contínua dos padrões de qualidade e segurança do doente torna-o um agente promotor de um ambiente favorável ao desenvolvimento de competências especializadas, tendo sido este um dos critérios para a sua escolha como local de estágio.

3.2. Projeto de Intervenção Profissional

Com o desenvolvimento do PIP, baseado na metodologia de projeto, pretendemos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, segundo a evidência científica mais atual, tendo em vista a segurança do doente.

A metodologia de projeto promove uma prática fundamentada e baseada em evidência e tem como objetivo principal a resolução de problemas reais. Este projeto é definido como “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo *et al.*, 2010, p.4).

Neste subcapítulo será apresentada uma análise reflexiva relativamente às estratégias desenvolvidas na elaboração do PIP.

3.2.1. Diagnóstico de situação

“A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p.10).

Desta forma, após entrevista exploratória não estruturada com a enfermeira supervisora e com a enfermeira coordenadora da UCI, o *delirium* foi identificado como temática pertinente, tendo em conta a perceção empírica da sua incidência no serviço, associada à carência de protocolos e fundamentação no serviço sobre o tema.

Por ser um tema pouco conhecido para nós, após pesquisa bibliográfica, tornou-se bastante evidente que o *delirium*, além de ser uma complicação frequente nos doentes internados em UCI, influencia negativamente o prognóstico do doente crítico, pelo que, intervir na prevenção do seu desenvolvimento é essencial. Esta percepção despertou-nos para a relevância do tema e motivou-nos para a construção do projeto.

Seguidamente, a temática foi apresentada à docente responsável pela orientação pedagógica, sendo que, após validação, foi definido o seguinte tema: “Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos”.

Após aprovação do tema e dada a necessidade sentida de fundamentar e uniformizar os cuidados ao doente com *delirium* na UCI, considerámos a implementação desta intervenção bastante pertinente e atual de forma a promover a formação da equipa nesta área. Neste sentido, e de acordo com os objetivos definidos para o estágio final, foi elaborada uma proposta de PIP com os objetivos referentes a esta intervenção (Apêndice nº A).

Integrado no estágio final, o PIP surge como forma de melhorar os cuidados à PSC em contexto de UCI, contribuindo para a prevenção, identificação, monitorização e tratamento do *delirium*, promovendo a segurança destes doentes. Esta intervenção insere-se assim na linha de investigação do domínio da segurança e qualidade de vida.

A proposta de PIP foi apresentada à enfermeira coordenadora da UCI bem como à Diretora do Serviço, tendo sido obtida validação de ambas as partes. Seguidamente, e de forma a complementar o diagnóstico de situação, além de entrevistas exploratórias não estruturadas com alguns elementos do serviço (enfermeiros e médicos) como forma de obter uma validação informal da pertinência do tema, surgiu a necessidade de aplicar um questionário (Apêndice nº B) para realizar uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem da UCI e validar a importância e a necessidade formativa da temática em estudo. Este questionário foi disponibilizado, após autorização do Conselho de Administração (CA) (Anexo nº A) a todos os enfermeiros atualmente na UCI (n=47) uma vez que 2 enfermeiros se encontram em situação de ausência prolongada.

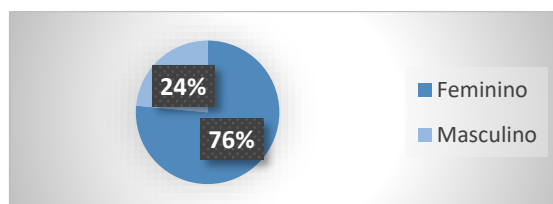
Foi também elaborado um documento onde foi redigido o consentimento informado (Apêndice nº C) que foi facultado aos enfermeiros que de livre vontade aceitaram responder ao questionário. Os dados fornecidos no questionário foram apenas utilizados no âmbito do projeto, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Para a caracterização da equipa de enfermagem da UCI foi recolhida informação relativamente ao género, idade, formação, anos de experiência profissional e de experiência profissional em UCI. Esta informação é apresentada com recurso a gráficos e analisada seguidamente.

Ao questionário aplicado obtivemos uma taxa de resposta de 72% (n=34). Dos enfermeiros inquiridos a maioria são do género feminino, 76% (n=26), e 24% (n=8) são do género masculino, tal como apresentado no Gráfico nº 1.

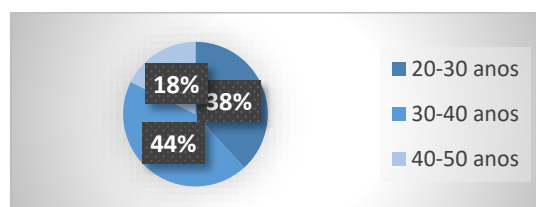
Relativamente à idade dos enfermeiros que responderam ao questionário, 44% (n=15) têm entre 30 e 40 anos, 38% (n=13) têm entre 20 e 30 anos e 18% (n=6) têm entre 40 e 50 anos, tal como demonstrado no Gráfico nº 2.

Gráfico nº 1: Distribuição, por Género, dos Enfermeiros da UCI



Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 2: Distribuição, por Idade, dos Enfermeiros da UCI

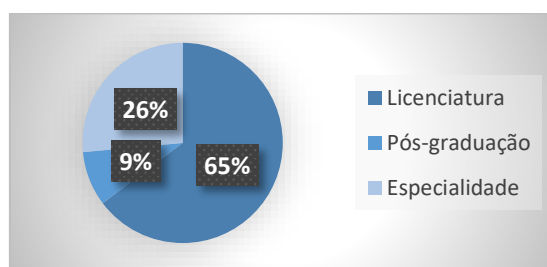


Fonte: Elaboração própria

No que toca à formação académica dos enfermeiros da UCI, verificamos que 65% (n=22) têm o grau de licenciatura, sendo que 26% (n=9) são enfermeiros especialistas e 9% (n=3) têm pós-graduação em cuidados intensivos e pessoa em situação crítica como apresentado no gráfico nº 3.

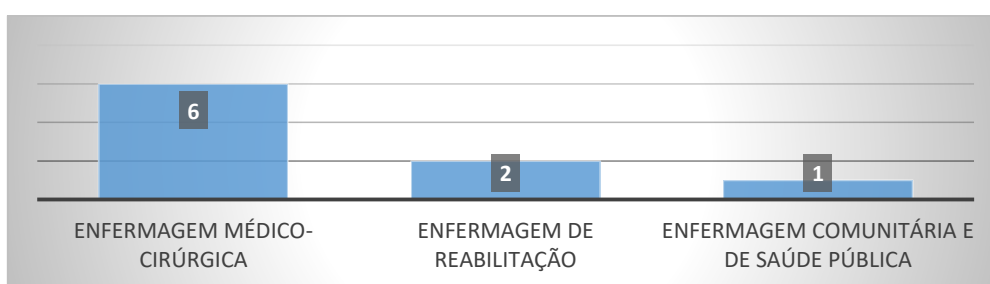
Em relação às especialidades, 67% (n=6) têm a especialidade em EMC, 22% (n=2) têm a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e 11% (n=1) tem a especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Gráfico nº 4).

Gráfico nº 3: Distribuição, de acordo com a Formação Acadêmica, dos Enfermeiros da UCI



Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 4: Distribuição, de acordo com a Especialidade, dos Enfermeiros da UCI

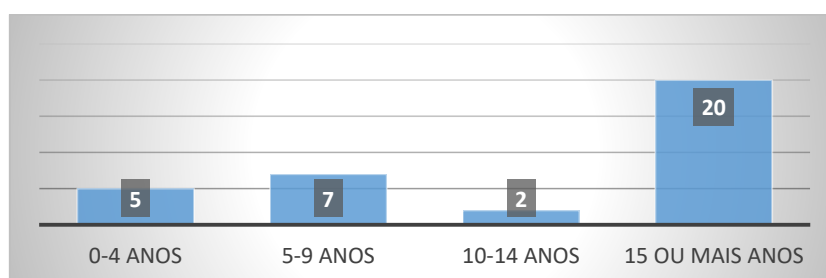


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros da UCI, verificamos que 59% (n=20) têm 15 ou mais anos de experiência, 20% (n=7) têm entre 5 e 9 anos de experiência, 15% (n=5) têm entre 0 e 4 anos de experiência e 6% (n=2) têm entre 10 e 14 anos de experiência (Gráfico nº 5).

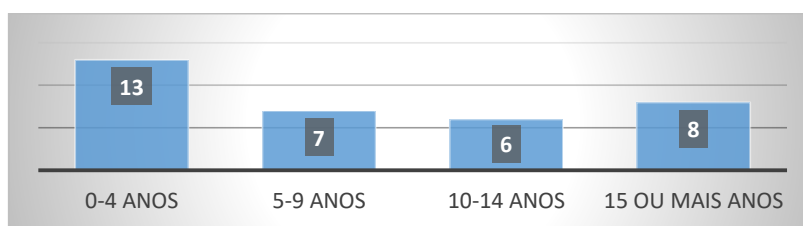
Especificando para o tempo de experiência profissional em UCI, 38% (n=13) têm entre 0 e 4 anos de experiência, 23% (n=8) têm 15 ou mais anos de experiência, 21% (n=7) têm entre 5 e 9 anos de experiência e 18% (n=6) têm entre 10 e 14 anos de experiência (Gráfico nº 6).

Gráfico nº 5: Tempo, em anos, de Experiência Profissional dos Enfermeiros da UCI



Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 6: Tempo, em anos, de Experiência Profissional em UCI dos Enfermeiros da UCI



Fonte: Elaboração própria

Da análise destes resultados podemos verificar que relativamente à formação, o número de elementos com especialidade é relativamente reduzido (26%), sendo que a especialidade de EMC é a que mais se destaca dos enfermeiros que responderam ao questionário (67%). O facto de 38% dos elementos ter entre 20-30 anos de idade, alguns desses em início de carreira, pode ser um dos motivos para estes resultados.

Observa-se que é uma equipa que tem elementos com um tempo considerável de experiência profissional, sendo que 59% tem 15 ou mais anos de experiência, contudo, no que se refere à experiência profissional em UCI, 38% dos enfermeiros que responderam ao questionário, têm entre 0-4 anos de experiência, sendo uma equipa relativamente jovem.

De acordo com Ingvarsson, Verho e Rosengren (2019), os enfermeiros adquirem conhecimentos e competências de enfermagem através da teoria que se desenvolve durante a formação em enfermagem e posteriormente na prática clínica, sendo o trabalho em equipa fundamental e necessário para proporcionar cuidados de qualidade e promover uma cultura de apoio e oportunidade de reflexão uma vez que os elementos com menos experiência necessitam de uma orientação contínua que promova a autoconfiança e independência. Benner (2001) descreve essa transição e desenvolvimento de competências na prática clínica de enfermagem nos cinco estágios de iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, enfatizando que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Na UCI onde foi realizado o estágio final é fomentado o trabalho em equipa, funcionando os elementos chefes de equipa como pilares que garantem um adequado funcionamento do serviço. Sendo a equipa jovem, em que a maioria tem pouca experiência profissional em UCI, essa orientação e supervisão é essencial para garantir a segurança dos doentes e qualidade dos cuidados, bem como para promover o desenvolvimento de competências da equipa.

Relativamente à pertinência da temática, após a realização da análise do questionário, verificou-se que a equipa de enfermagem reconhece a importância desta temática, identificando necessidades formativas neste âmbito e considerando importante a sistematização dos cuidados ao doente com *delirium*, consolidando a pertinência desta intervenção, tal como demonstrado na seguinte Tabela nº 2.

Tabela nº 2: Resultados Obtidos das questões sobre a Pertinência da Temática em Estudo

QUESTÃO	RESPOSTA	
	SIM	NÃO
Considera o tema <i>Delirium</i> na UCI pertinente?	100%	0%
Considera importante obter formação na área da avaliação à pessoa com <i>delirium</i> ?	100%	0%
Tem conhecimento sobre o método CAM-ICU?	76%	24%
Já teve formação sobre a abordagem à pessoa com <i>delirium</i> ?	15%	85%
Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre a temática do <i>delirium</i> ?	100%	0%
Considera relevante a implementação de um protocolo de atuação de <i>Delirium</i> na UCI?	100%	0%

Fonte: Elaboração própria

Como ferramenta de diagnóstico foi também realizada uma análise SWOT que consiste num exercício de ordenamento por meio de um quadro subdividido em quatro quadrantes, constituídos por forças (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*), permitindo uma análise e identificação dos fatores internos e externos que podem influenciar positiva ou negativamente determinada situação (Ruivo *et al.*, 2010), apresentado na Tabela nº 3. Esta análise reflete os elementos que identificámos como forças, fraquezas, oportunidades e ameaças à elaboração deste PIP.

Tabela nº 3: Análise SWOT

FATORES INTERNOS	
FORÇAS (<i>Strengths</i>)	FRAQUEZAS (<i>Weaknesses</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem jovem e motivada para desenvolver conhecimentos que favoreçam a qualidade dos cuidados prestados na unidade; • Necessidade de serviço já previamente identificada; • Aprovação da temática pela enfermeira coordenadora, enfermeira supervisora e docente supervisora pedagógica; • Inexistência de protocolo de prevenção do <i>delirium</i> no doente em contexto de UCI; • Evidência científica que demonstra a pertinência da temática; • Sem custos adicionais associados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventual desinteresse da equipa de enfermagem devido à carga de trabalho e desvalorização profissional; • Resistência da equipa multidisciplinar à mudança de comportamentos; • Desvalorização ou não reconhecimento da pertinência da área temática por parte do serviço; • Desmotivação da equipa para a mudança de práticas; • Interdisciplinaridade do procedimento.
OPORTUNIDADES (<i>Opportunities</i>)	AMEAÇAS (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Incitação à prática baseada em evidência científica; • Temática pouco desenvolvida no serviço; • Desenvolvimento de uma proposta de protocolo de atuação no <i>delirium</i> na UCI que melhore a qualidade e segurança nos cuidados prestados a estes doentes; • Estímulo ao crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem; • Reforço às políticas de melhoria da qualidade dos cuidados da unidade e da instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação pandémica atual com alterações frequentes no funcionamento dos serviços; • Tempo disponível para a realização do projeto insuficiente; • Equipa de enfermagem com excesso de carga horária e em número insuficiente; • Baixa adesão da equipa no preenchimento dos questionários e na participação nas ações de formação.
FATORES EXTERNOS	

Fonte: Elaboração própria

3.2.2. Objetivos

Os objetivos devem apontar os resultados que se pretende atingir com a intervenção, podendo incluir vários níveis do geral ao mais específico, sendo uma forma de delimitar o problema que o projeto se propõe a resolver (Ruivo *et al.*, 2010).

Tendo em vista a partilha de evidência científica atual que contribua para a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com *delirium*, internado em UCI foi estabelecido como **objetivo geral**:

- Melhorar os cuidados de enfermagem na abordagem à PSC com *delirium* em contexto de UCI.

Como **objetivos específicos** definimos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática do *delirium* na UCI;
- Criar um manual sobre prevenção e tratamento do *delirium* na UCI;
- Elaborar uma proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI;
- Construir cartões de bolso com as escalas CAM-ICU e RASS;
- Testar a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU;
- Realizar sessão de formação à equipa de enfermagem sobre o *delirium* na UCI;
- Apresentar os instrumentos construídos no âmbito do projeto.

3.2.3. Planeamento e execução

O planeamento é a fase em que é realizado um plano detalhado do projeto, descrevendo as atividades, as estratégias, os meios necessários à sua conceção e à calendarização das atividades a desenvolver (Ruivo *et al.*, 2010).

Relativamente à calendarização das atividades a desenvolver, foi elaborado um cronograma (Apêndice nº D) onde se encontram apresentadas as datas de início e de fim definidas para desenvolver as estratégias planeadas para atingir os objetivos delineados.

Na fase da execução, coloca-se em prática tudo o que foi planeado (Ruivo *et al.*, 2010). Uma vez que o planeamento está diretamente relacionado com a execução decidimos analisar ambas as fases no mesmo subcapítulo.

Seguidamente serão apresentadas as estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos definidos anteriormente, desta forma, para cada objetivo específico são descritas as atividades e estratégias planeadas e os recursos humanos, materiais e tecnológicos utilizados.

Objetivo nº 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática do *delirium* na UCI.

Atividades e estratégias planeadas:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas;
- Elaborar uma revisão integrativa da literatura sobre prevenção e tratamento do *delirium* em contexto de UCI.

Recursos humanos: Enfermeira supervisora clínica e docente supervisora pedagógica.

Recursos materiais e tecnológicos: Bases de dados científicas, computador, fontes eletrónicas e internet.

Para dar resposta a este objetivo é importante referir que a pesquisa bibliográfica foi fundamental e constante para reunir evidência científica recente sobre a temática em estudo, sendo a base das diversas atividades desenvolvidas.

Esta pesquisa foi efetuada em bases de dados científicas, nomeadamente EBSCO, B-On e *Pubmed*, e auxiliou na elaboração de um artigo científico, especificamente, uma revisão integrativa da literatura, com o título: “Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em UCI: uma Revisão Integrativa”. O objetivo desta revisão integrativa foi sistematizar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem a prevenção e o tratamento do *delirium* em pessoas adultas internadas em UCI (Apêndice nº E).

A pesquisa efetuada serviu de suporte e culminou na elaboração do manual, na proposta de protocolo e nos cartões de bolso, descritos seguidamente.

Objetivo nº 2: Criar um manual sobre prevenção e tratamento do *delirium* na UCI;

Objetivo nº 3: Elaborar uma proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI;

Objetivo nº 4: Construir cartões de bolso com as escalas CAM-ICU e RASS.

Os objetivos 2, 3 e 4 são apresentados em conjunto uma vez que, as atividades e estratégias planeadas foram realizadas em simultâneo.

Atividades e estratégias planeadas:

- Pesquisar *guidelines*, *bundles* e evidência científica sobre prevenção do *delirium* na UCI;
- Pesquisar evidência científica sobre tratamento farmacológico e não farmacológico do *delirium* na UCI;
- Discutir o conteúdo do manual com a enfermeira supervisora clínica e docente supervisora pedagógica;
- Rever o manual sobre prevenção e tratamento do *delirium* na UCI;
- Desenvolver a proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI;
- Apresentar a proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI à enfermeira supervisora e docente supervisora pedagógica para discussão;
- Rever a proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI para posterior apresentação à restante equipa multidisciplinar;
- Imprimir e plastificar os cartões de bolso.

Recursos humanos: Enfermeira supervisora clínica e docente supervisora pedagógica.

Recursos materiais e tecnológicos: Bases de dados científicas, computador, fontes eletrónicas, impressora e internet.

A elaboração do manual com o tema “Prevenção e Tratamento do *Delirium* na UCI” surgiu com a finalidade de fundamentar e enquadrar esta temática, tendo como objetivo ser um documento de consulta por parte da equipa multidisciplinar, provido de evidência científica.

Este manual foi estruturado em onze capítulos, sendo o ponto de partida a definição de *delirium*, descrita no primeiro capítulo, seguida de dados relativamente à epidemiologia e incidência do *delirium* no segundo capítulo. O terceiro e quarto capítulos são relativos ao prognóstico e fisiopatologia do *delirium*, respetivamente. Nos capítulos seguintes são nomeados os fatores de risco (capítulo cinco) e

causas de *delirium* (capítulo seis). No capítulo sete desenvolve-se o tema do diagnóstico de *delirium*, subdividindo-se este num subcapítulo relativo às fases de avaliação, onde são apresentadas as escalas RASS e CAM-ICU e se descreve como devem ser aplicadas. No oitavo capítulo aborda-se a questão da prevenção do *delirium*, havendo neste um subcapítulo dirigido para a escolha da sedação e a sua influência no desenvolvimento de *delirium*. O tratamento do *delirium* foi dividido em dois subcapítulos, nomeadamente, tratamento farmacológico e não farmacológico, respetivamente, sendo que a abordagem não farmacológica é desenvolvida em três partes, a mobilização precoce, higiene do sono e *bundle* ABCDEF, correspondendo esta temática ao capítulo nove. No Penúltimo capítulo é apresentado um exemplo de protocolo de gestão do *delirium* na UCI e finalmente realiza-se uma breve conclusão deste documento (Apêndice nº F).

No seguimento da elaboração do manual, foi estruturado uma proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI, com o intuito de sistematizar a fundamentação desenvolvida no manual e na revisão integrativa, de forma a ser adaptada à prática clínica. Pretendemos criar um documento de consulta fácil, para servir de apoio à equipa multidisciplinar, como forma de estruturar a atuação perante os doentes com *delirium* nesta UCI (Apêndice nº G).

A estrutura deste protocolo foi elaborada de acordo com a estrutura padrão definida pela instituição, sendo que o documento se apresenta dividido em 7 capítulos, tendo início com um breve enquadramento teórico sobre o *delirium*, seguido das siglas utilizadas e das ferramentas de diagnóstico indicadas para a avaliação do *delirium* no segundo e terceiro capítulo, respetivamente. No quarto capítulo, referente à prevenção e tratamento do *delirium*, são abordados os fatores de risco e a *bundle* ABCDEF, no quinto capítulo é apresentado o protocolo em forma de esquema. No sexto capítulo encontram-se os anexos que contêm três tabelas e quatro figuras. Relativamente às tabelas, uma contém os fatores de risco para desenvolvimento de *delirium* na UCI, a seguinte as intervenções não farmacológicas e a terceira as intervenções farmacológicas para prevenir e tratar o *delirium*. No que diz respeito às imagens, a primeira é referente à *bundle* ABCDEF, a segunda é a escala de RASS, a terceira a escala CAM-ICU e a última é um esquema de avaliação do *delirium* com a CAM-ICU precedida por um texto explicativo. Por fim são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas.

No que diz respeito aos cartões de bolso, estes foram obtidos através de pesquisa no [website \(www.icudelirium.org\)](http://www.icudelirium.org), sendo posteriormente impressos e plastificados, com as dimensões de 10x8 cm, sendo que de um lado foi impressa a escala RASS e do outro a escala CAM-ICU (Anexo nº B).

Objetivo nº 5: Testar a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU.

Atividades e estratégias planeadas:

- Aplicar a escala RASS aos doentes atribuídos durante o estágio e, quando indicado, proceder à avaliação de presença de *delirium* com a escala CAM-ICU;
- Apresentar os resultados obtidos da aplicação das escalas RASS e CAM-ICU;
- Realizar uma análise crítica da aplicação das escalas RASS e CAM-ICU durante o estágio.

Recursos humanos: Doentes atribuídos durante o estágio, enfermeira supervisora clínica e docente supervisora pedagógica.

Recursos materiais e tecnológicos: Cartões de bolso, Computador e internet.

Nos turnos realizados na prestação de cuidados, foi aplicada a escala RASS, aos doentes pelos quais ficámos responsáveis, para avaliar o seu nível de consciência e identificar se tinham critérios (RASS \neq -5 e -4) para posterior avaliação da presença de *delirium* com a escala CAM-ICU.

A escala RASS foi aplicada a um total de 32 doentes, sendo que desses, apenas 18 doentes apresentaram o score necessário (RASS entre -3 e +4) para a aplicação da escala CAM-ICU, sendo os resultados apresentados com recurso a tabelas e gráficos no subcapítulo seguinte.

Após a observação dos resultados foi realizada uma análise crítica sobre a aplicação das duas escalas que será apresentada no subcapítulo seguinte, onde serão discutidas as dificuldades sentidas e as vantagens da sua utilização.

Objetivo nº 6: Realizar sessão de formação à equipa de enfermagem sobre o *delirium* na UCI;

Objetivo nº 7: Apresentar os instrumentos construídos no âmbito do projeto.

Atividades e estratégias planeadas:

- Elaborar o plano da sessão de formação;
- Entregar o plano da sessão de formação à enfermeira supervisora, docente orientadora e enfermeira responsável pela formação no serviço;

- Agendamento da sessão de formação com a enfermeira supervisora, docente orientadora e enfermeira responsável pela formação no serviço;
- Divulgação da sessão de formação;
- Elaborar sessão de formação;
- Apresentar sessão de formação sobre o *delirium* na UCI através da plataforma “zoom”;
- Divulgação dos documentos desenvolvidos no âmbito do PIP à equipa de enfermagem;
- Avaliação da sessão de formação;
- Gravar sessão de formação e disponibilizar vídeo na pasta de formação no serviço para consulta de todos os elementos do serviço;
- Facultar os cartões de bolso à equipa de enfermagem.

Recursos humanos: Enfermeira supervisora clínica, enfermeira responsável pela formação, docente supervisora pedagógica e equipa de enfermagem.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador, internet, plataforma “zoom” e *software* de partilha de mensagens eletrónicas.

Posteriormente à elaboração dos documentos mencionados (manual, proposta do protocolo e cartões de bolso), estes foram apresentados e divulgados à equipa multidisciplinar, por meio de uma sessão formativa para a qual foi elaborado um plano de sessão (Apêndice nº H), que foi previamente aprovado pela docente responsável pela orientação pedagógica e posteriormente apresentado à enfermeira responsável pela formação no serviço. A sessão de formação foi agendada e posteriormente divulgada por meio da enfermeira responsável pela formação, com recurso a uma aplicação com *software* para partilha de mensagens eletrónicas, à qual todos os elementos do serviço têm acesso.

Inicialmente pretendíamos realizar uma apresentação presencial e *online* de forma a ser possível a gravação da sessão formativa e para abranger um maior número de participantes, contudo, por motivos de doença, só foi possível realizar a apresentação de forma *online*, através da utilização da plataforma “zoom”, por meio de um computador e apresentação de diapositivos, contando com a presença de oito enfermeiros.

A sessão de formação teve início com a apresentação da designação e tipos de *delirium*, de seguida foi explanada a incidência, fisiopatologia, causas e fatores de risco do *delirium* na UCI. Após estes tópicos foram descritas as intervenções a aplicar na prevenção e gestão do *delirium*, dando a conhecer

a proposta de protocolo de atuação do *delirium* elaborada. Na sessão foram incluídos dois vídeos, um demonstrativo das intervenções na gestão do *delirium* e outro exemplificativo da aplicação da escala CAM-ICU (Apêndice nº I).

No final da sessão foi dedicado um espaço para comentários, sugestões e esclarecimento de dúvidas, sendo posteriormente a sessão avaliada pelos enfermeiros presentes, mediante o preenchimento do documento “Ficha de avaliação pelo formando” da instituição (Anexo nº C). Esta avaliação foi submetida a análise, sendo os resultados da avaliação da ação de formação e do formador apresentados e discutidos no subcapítulo seguinte.

Tal como descrito no Regulamento n.º 656/2021, relativo à Formação Profissional da OE, a área da formação profissional assume particular importância na medida que reforça a capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de desenvolvimento profissional e também de realização pessoal (OE, 2021).

Após a apresentação, toda a documentação elaborada foi colocada na pasta de formação do serviço para consulta da equipa multidisciplinar, incluindo o vídeo da gravação da apresentação da sessão de formação, para desta forma possibilitar a sua visualização e consulta pelos profissionais do serviço que não conseguiram estar presentes. Após a sessão foram também facultados os cartões de bolso à equipa de enfermagem (Anexo nº B).

A mudança requer por parte do sujeito a incorporação de conhecimentos, alteração de comportamento e mudança (Meleis *et al.*, 2000), sendo que a preparação e o conhecimento prévio são facilitadores da transição e auxiliam a gestão da situação e vivência de uma transição saudável (Meleis *et al.*, 2000 e Meleis, 2010). Neste sentido, a formação como forma de incorporar conhecimentos capacita os enfermeiros a vivenciar transições saudáveis na alteração de comportamentos na sua prática clínica.

Enfermeiros com formação relativamente à melhor abordagem ao doente com *delirium* em contexto de UCI tornam-se enfermeiros mais competentes para promover transições saudáveis para estes doentes e seus familiares.

3.2.4. Resultados e avaliação

Sendo a divulgação dos resultados uma etapa importante de um projeto, na medida em que dá a conhecer a pertinência do projeto, bem como o caminho percorrido na resolução de determinado problema, assume um papel preponderante no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria contínua dos cuidados prestados (Ruivo *et al.*, 2010).

A avaliação é um processo dinâmico e implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos, pelo que, a avaliação tem um papel preponderante no final do projeto. Caso algum objetivo não seja atingido, é necessário compreender quais os fatores que influenciaram a ausência de consecução do objetivo e quais as consequências resultantes. Para que se possa avaliar de modo rigoroso é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação, que podem ir desde a observação a entrevistas ou questionários, dependendo da informação que se pretende recolher (Ruivo *et al.*, 2010).

Desta forma, seguidamente serão apresentados os indicadores de avaliação para cada objetivo desenvolvido no subcapítulo anterior e será realizada a análise e reflexão das atividades desenvolvidas.

Objetivo nº 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática do *delirium* na UCI.

Indicador de avaliação: Elaboração de um artigo científico e desenvolvimento do PIP.

De forma a desenvolver o PIP e o artigo científico foi realizada pesquisa bibliográfica com o intuito de reunir evidência científica atual sobre a temática do *delirium* na UCI.

Da pesquisa efetuada, a questão da prevenção e tratamento do *delirium* em UCI destacou-se pela sua relevância nos cuidados a prestar à PSC, por conseguinte, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o tema **“Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa”**.

Na revisão integrativa da literatura efetuada foram incluídos oito artigos os quais destacam a importância da implementação de protocolos de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium* em UCI que promovam a identificação dos doentes mais vulneráveis, acrescentando que após a

identificação dos doentes de risco devem ser aplicadas medidas preventivas, preferencialmente intervenções não farmacológicas.

Sendo o *delirium* uma complicação comum em UCI, com impacto negativo nos doentes, familiares, profissionais de saúde e instituições de saúde, a sua identificação, prevenção e tratamento torna-se fundamental para reduzir a sua incidência e duração, contribuindo as medidas implementadas para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados bem como para a redução da incidência de *delirium*.

Deste modo, a pesquisa bibliográfica efetuada veio destacar a importância da elaboração e aplicação de protocolos de atuação perante o *delirium* na UCI, pelo que serviu de base para o desenvolvimento do PIP, nomeadamente, para a elaboração do manual e do protocolo de atuação no *delirium* na UCI com os quais pretendemos contribuir para ganhos na qualidade e segurança dos cuidados prestados a estes doentes.

Consideramos o *delirium*, segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, como uma transição de saúde/doença, de acordo com a sua natureza. Segundo Meleis (2000), os enfermeiros são frequentemente os primeiros profissionais a perceber momentos de transição, pelo que uma identificação precoce dos doentes em risco de desenvolver *delirium* que resulte numa atitude preventiva e de tratamento desde transtorno pode ser facilitadora de uma transição saudável por parte do doente e por parte da família.

O resumo da revisão integrativa encontra-se no Apêndice nº E.

Objetivo nº 2: Criar um manual sobre prevenção e tratamento do *delirium* na UCI;

Objetivo nº 3: Elaborar uma proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI;

Objetivo nº 4: Construir cartões de bolso com as escalas CAM-ICU e RASS.

Indicador de avaliação: Apresentação da proposta final dos instrumentos no âmbito do PIP, previamente validados pela enfermeira coordenadora, supervisora clínica e supervisora pedagógica.

A elaboração do manual surgiu com o intuito de fornecer à equipa de enfermagem a compilação da pesquisa bibliográfica efetuada, de forma a contextualizar a temática. Após a elaboração do manual com os conteúdos considerados mais relevantes foi desenvolvida a proposta de protocolo de atuação

no *delirium* na UCI que foi posteriormente apresentado à equipa de enfermagem na sessão formativa realizada.

Nesta proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI foi sugerida a escala CAM-ICU como ferramenta de diagnóstico do *delirium*. Durante o período de estágio não foi possível implementar a utilização da escala CAM-ICU, pelos enfermeiros do serviço, pela limitação de tempo, contudo, pela avaliação realizada dos questionários e da sessão de formação, os enfermeiros desta UCI reconhecem a importância da temática pelo que consideramos haver interesse por parte da equipa em melhorar os cuidados prestados neste contexto.

Relativamente aos cartões de bolso, estes surgiram com o objetivo de facilitar a sistematização da aplicação de ambas as escalas, tendo-se revelado uma ferramenta de diagnóstico de *delirium* de fácil consulta e bastante útil durante o estágio. Foram posteriormente deixados exemplares na UCI para facultar à equipa de enfermagem, incentivando, desta forma, a sua aplicação.

Consideramos ter sido muito importante sensibilizar a equipa para esta temática e para o papel determinante dos enfermeiros na implementação de medidas não farmacológicas de prevenção do *delirium*, tendo a equipa demonstrado receptividade em dar continuidade ao projeto e em melhorar os cuidados prestados a estes doentes.

O manual sobre o *delirium*, a proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI e os cartões de bolso encontram-se nos Apêndices nº F e nº G e no Anexo nº B, respetivamente.

Objetivo nº 5: Testar a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU.

Indicador de avaliação: Aplicar as escalas RASS e CAM-ICU e análise dos resultados dessa aplicação.

Durante o estágio procedemos à aplicação da escala RASS a todos os doentes que nos foram atribuídos e, quando indicado, ou seja, quando os doentes apresentaram um RASS entre +4 e -3, foi avaliada a presença de *delirium* com a aplicação da escala CAM-ICU. A escala RASS foi aplicada a um total de 32 doentes, sendo os resultados apresentados seguidamente na Tabela nº 4.

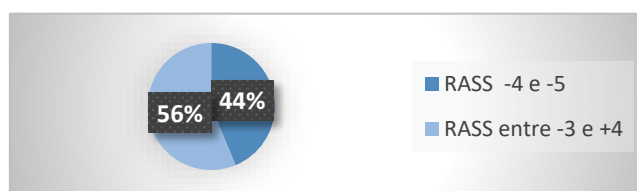
Tabela nº 4: Resultados da Aplicação da Escala RASS Durante o Estágio Final

Classificação RASS	+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4	-5
Nº total de doentes (n – 32)	0	0	8	2	5	2	0	1	1	13
Nº doentes com critérios para aplicação da escala CAM-ICU	18									
Nº doentes sem critérios para aplicação da escala CAM-ICU									14	

Fonte: Elaboração própria

Após a análise destes resultados é possível verificar que a escala CAM-ICU foi aplicada a 18 doentes (56%) uma vez que somente estes apresentavam o nível de consciência indicado (RASS entre -3 e +4), tal como demonstrado no Gráfico nº 7.

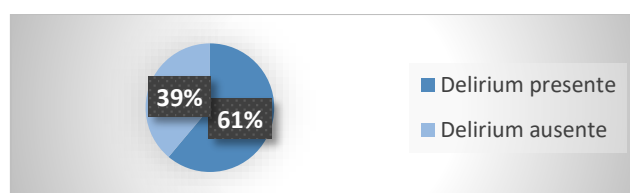
Gráfico nº 7: Percentagem de Doentes com Critérios para Aplicação da Escala CAM-ICU (RASS entre -3 e +4)



Fonte: Elaboração própria

Dos 18 doentes aos quais foi aplicada a escala CAM-ICU, n=11 (61%) apresentavam *delirium*, sendo que os restantes n=7 (39%) não apresentavam esta complicação, tal como se pode verificar no Gráfico nº 8.

Gráfico nº 8: Percentagem de Doentes com *Delirium*



Fonte: Elaboração própria

De acordo com Burry *et al.* (2016), o *delirium* é comum nos doentes internados em UCI, sendo que, segundo estudos epidemiológicos, a taxa mais alta de incidência é encontrada em doentes de UCI, submetidos a VM, atingindo, nestes casos, mais de 80% (Salluh *et al.*, 2010). Pela análise dos resultados apresentados, podemos verificar que o *delirium* foi identificado em 61% dos doentes avaliados e, apesar de este valor ser inferior ao descrito na literatura, consideramos ser significativo e revelador de uma elevada incidência desta complicação nos doentes em UCI.

Trabalhar com estas duas ferramentas, a escala de RASS e CAM-ICU permitiu-nos compreender a sua importância no diagnóstico do *delirium* na UCI. Tal como descrito por Hayhurst *et al.* (2016), ferramentas de avaliação de *delirium*, como a CAM-ICU não devem ser vistas apenas como uma ferramenta de pesquisa, mas sim como componentes essenciais no cuidado aos doentes sendo recomendado a utilização da CAM-ICU para avaliação frequente do *delirium* em doentes críticos.

A deteção precoce do *delirium* através de ferramentas recomendadas como a CAM-ICU permite aos enfermeiros identificar os doentes mais vulneráveis e tal como refere Meleis *et al.* (2000) desenvolver intervenções terapêuticas no decorrer do processo de transição, concedendo o conhecimento e a capacidade para proporcionar respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

O treino da aplicação da escala CAM-ICU foi facilitador na interiorização dos seus princípios e, à medida que o estágio foi progredindo, notámos que o tempo despendido para terminar a avaliação do doente quanto à presença de *delirium* foi diminuindo. Segundo Kotfis *et al.* (2018) a implementação do método CAM-ICU, requer treino e formação, acrescentando Vasilevskis *et al.* (2011) que os enfermeiros podem aplicar a CAM-ICU de forma sistemática, apresentando elevados níveis de conformidade e confiabilidade.

Tendo em consideração que muitos casos de *delirium* não são identificados, recomenda-se a sua avaliação sistemática, aos doentes adultos, internados em UCI, recorrendo a uma ferramenta validada, bem como, a avaliação dos fatores de risco no momento da admissão e durante as primeiras 24h de internamento. A avaliação do *delirium* deve ser realizada pelo menos uma vez durante cada turno de enfermagem, ou seja, a cada 8-12 horas e sempre que alguma alteração no estado clínico do doente for observada (Park & Lee, 2019).

Tendo em conta a evidência científica encontrada, na sessão de formação foi enfatizada a importância da avaliação sistemática do doente com a escala CAM-ICU bem como a importância da

identificação dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de *delirium* no momento da admissão.

Os cartões de bolso com as escalas RASS e CAM-ICU surgem com o intuito de criar um instrumento sistematizador da avaliação do doente para a presença de *delirium*. A sua utilização no decurso do estágio demonstrou ser uma mais-valia, facilitando a aplicação de ambas as escalas pelo que, após a sessão, foram facultados exemplares à equipa de enfermagem com a finalidade de promover a sua aplicabilidade.

Objetivo nº 6: Realizar sessão de formação à equipa de enfermagem sobre o *delirium* na UCI;

Objetivo nº 7: Apresentar os instrumentos construídos no âmbito do projeto.

Indicador de avaliação: Realização da sessão de formação sobre o tema, posterior apresentação dos instrumentos construídos no âmbito do projeto e aplicação de questionário para avaliação da sessão de formação.

A sessão foi assistida por 8 enfermeiros, julgamos que a baixa adesão à sessão possa estar relacionada com a divulgação ter sido feita apenas com cerca de uma semana de antecedência o que pode ter dificultado a gestão da disponibilidade da equipa de enfermagem. Outros fatores que poderão estar relacionados com a baixa adesão são a sobrecarga de trabalho relacionado com as horas extra a que a equipa está sujeita.

Relativamente à sessão de formação, no final foi aplicado uma ficha de avaliação da sessão de formação pelo formando (Anexo nº C), da instituição, conforme preconizado pela enfermeira responsável pela formação. Neste instrumento, os vários pontos podem ser classificados como “Insuficiente – 1”, “Suficiente – 2”; “Bom – 3” e “Muito Bom” – 4.

Os resultados da análise da avaliação da ação de formação e avaliação do formador foram organizados em forma de tabela e são apresentados seguidamente na Tabela n.º 5 e Tabela nº 6, respetivamente.

Tabela nº 5: Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando

Avaliação da ação de formação	Bom	Muito Bom
Divulgação da formação	50%	50%
Apoio administrativo (inscrições e informações)	Sem avaliação	Sem avaliação
Utilidade do tema	0%	100%
Objetivos da ação	0%	100%
Conteúdos/ Estrutura da ação	12,5%	87,5%
Duração da ação	12,5%	87,5%
Instalações (espaço físico, mobiliário)	Sem avaliação	Sem avaliação
Equipamentos e meios audiovisuais	0%	100%

Fonte: Elaboração própria

Pela análise destes resultados pode-se verificar que a equipa foi unânime em reconhecer a importância da temática. Devido ao desconhecimento relativamente à escala CAM-ICU, um dos elementos deixou como sugestão integrar na sessão de formação conteúdos relacionados com a aplicação desta escala. Após esta sugestão consideramos que poderá ser um elemento a acrescentar, aumentando os conteúdos e estrutura da formação bem como a sua duração. Houve pontos que não foram avaliados uma vez que não se aplicam a esta sessão de formação, sendo que não houve apoio administrativo e a formação foi realizada através da plataforma “zoom”.

Tabela nº 6: Avaliação do Formador da Sessão de Formação, pelo Formando

Avaliação do formador	Bom	Muito Bom
Domínio dos conteúdos	12,5%	87,5%
Clareza da linguagem	12,5%	87,5%
Esclarecimentos de dúvidas	0%	100%
Capacidade de motivação	25%	75%
Relacionamento com os formandos	0%	100%
Adequação do método pedagógico	0%	100%
Cumprimento de horários	0%	100%
Documentação de apoio	0%	100%

Fonte: Elaboração própria

A nível da avaliação do formador, a maioria dos pontos foi avaliada como “Muito bom”, sendo que a nível do domínio dos conteúdos, clareza da linguagem e capacidade de motivação a avaliação atribuída foi “Bom”, pelo que são aspetos a melhorar. O facto de a sessão ter sido apresentada com recurso à plataforma “zoom” foi um fator dificultador pela inexperiência na sua utilização, o que poderá ter influenciado a forma como os conteúdos foram transmitidos e a comunicação.

Todos os enfermeiros que assistiram à sessão consideraram que esta terá um impacto positivo ao nível do seu desempenho profissional, tendo a apreciação global da ação sido classificada como “Muito bom”.

Após a sessão de formação foram facultados à equipa o vídeo da apresentação da sessão de formação, o manual sobre o *delirium* e a proposta final do protocolo de atuação no *delirium* na UCI, estes foram colocados na pasta de formação do serviço, de forma a ficarem acessíveis para consulta, foram também facultados à equipa de enfermagem os cartões de bolso com as escalas RASS e CAM-ICU.

Apesar das limitações referidas, consideramos que o desenvolvimento do PIP veio reforçar a necessidade de melhorar os cuidados prestados aos doentes com *delirium* na UCI.

No sentido de dar continuidade ao projeto a longo prazo, uma das estratégias que já tinha sido planeada no serviço era a da criação de um grupo de trabalho do *delirium*, após a sessão de formação, e com o apoio da enfermeira coordenadora da UCI, esse grupo ficou definido, sendo a enfermeira supervisora do nosso estágio final uma das integrantes desse grupo. Com a formação deste grupo poderá ser dada continuidade ao trabalho iniciado, nomeadamente: implementar a utilização da escala CAM-ICU no serviço; implementar estratégias, fundamentalmente, não farmacológicas, para a prevenção do desenvolvimento de *delirium*; analisar o impacto destas intervenções nos cuidados prestados em UCI ao doente crítico com *delirium*.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo refletimos e analisamos o processo de aquisição de competências comuns e competências específicas do EEEMC-PCS bem como as competências de Mestre em enfermagem.

A competência é definida como um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que se mobilizam para um desempenho eficaz na prática clínica e permitem avaliar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em conformidade (OE, 2012b).

As competências representam a integração e combinação de conhecimento nas atitudes manifestadas no desempenho profissional, para proporcionar cuidados de qualidade, seguros e éticos (Salum & Prado, 2014). As competências são consideradas elementos indispensáveis para a gestão dos cuidados, sendo que, cada vez mais, o conhecimento especializado, exige do profissional capacidade de pensar, agir, interagir e decidir (Treviso, Peres, Silva & Santos, 2017).

Na demonstração das suas competências, o enfermeiro deverá ter a capacidade de mobilizar conhecimentos para a sua prática clínica, com vista à qualidade e segurança dos cuidados prestados nos diversos contextos e, na área de especialização. Nesta perspetiva, o estágio constitui um momento privilegiado para contactar com novas e diversas situações que proporcionam a aquisição, mobilização e aplicação destas competências.

De forma a desenvolver competências no cuidado à PSC, durante o estágio foram desenvolvidas diversas atividades e estratégias que serão analisadas seguidamente.

Consideramos que as competências de Mestre em enfermagem descritas no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, com republicação recente no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES) se relacionam intimamente com as atividades desenvolvidas uma vez que se pretende que o EEEMC-PSC apresente estas competências:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (MCTES, 2018, p. 4162).

Ao longo deste relatório serão destacadas as competências de Mestre em Enfermagem que se encontram expostas no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem da UE estabelecidas para o presente Curso de Mestrados, nomeadamente:

“O Mestre em enfermagem:

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.26).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Conforme o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Estatuto da OE,

“o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências em cada um dos Regulamentos da respetiva especialidade em Enfermagem, que estes profissionais

partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019a, p. 4744).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

“são 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, 2019a, p.4745).

Estas competências abrangem diversos domínios, tais como: a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A); Melhoria Contínua da Qualidade (B); Gestão dos Cuidados (C) e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D) (OE, 2019a, p. 4745).

Nos subcapítulos seguintes serão descritas as atividades que foram desenvolvidas durante este percurso, para que as competências descritas tenham sido alcançadas.

4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – 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;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de Mestre

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.

Ter responsabilidade profissional ética e legal implica que o enfermeiro especialista demonstre um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019a, p.4746).

Para fundamentar esta competência foi fundamental mobilizar conhecimentos da unidade curricular “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, bem como, rever documentos

orientadores da prática de enfermagem, nomeadamente o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Nesta revisão destacamos alguns pontos fulcrais, nomeadamente o Artigo 97º, alínea b), do CDE, que descreve que os enfermeiros têm o dever de “cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (OE, 2015, p.8078) e o Artigo 8.º, do REPE que define que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996, p.2961).

Estes dois pontos foram a base de todas as decisões durante o percurso do estágio, manter uma conduta profissional adequada com a preocupação de proteger e respeitar o doente e as suas vontades, bem como da sua família, respeitando assim a sua dignidade e autonomia.

A Carta dos Direitos do Doente Internado bem como os princípios bioéticos de enfermagem que segundo Neves & Siqueira (2010) são o princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, surgem para nortear os cuidados de enfermagem com base no respeito e na dignidade humana e também tiveram na base das intervenções realizadas.

Sendo o ambiente hospitalar um local que, os doentes e os seus familiares, geralmente relacionam com a doença e morte, um internamento pode desencadear sentimentos de preocupação em relação a procedimentos e exames. Na UCI esses sentimentos intensificam-se, uma vez que um internamento neste serviço indica uma maior gravidade da situação clínica do doente e risco de morte (Martins & Nascimento, 2005).

“A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2012b, p.2).

Os cuidados prestados ao doente crítico requerem dos enfermeiros competências clínicas e tecnológicas para responderem de forma adequada aos processos complexos de saúde/doença da PSC (Nagel, Towell, Nel & Foxall, 2016).

Um internamento em UCI, pelo risco de vida associado, motiva cuidados mais direcionados para o controlo e manutenção das funções vitais, com enfoque na utilização de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico. Sendo o objetivo principal tratar a doença ou realizar um diagnóstico, muitas vezes, os sentimentos do doente são esquecidos (Nascimento & Trentini, 2004).

Erdmann, Mello, Sousa e Koerich (2006) referem que os profissionais que prestam cuidados ao doente crítico devem ter uma atitude ética e humanizada, mantendo a dignidade da pessoa, transmitindo-lhe segurança e confiança. Também Silva, Porto e Figueiredo (2008) acrescentam que a humanização dos cuidados, alcançada por um cuidado personalizado e uma relação empática, contribui para o equilíbrio físico e emocional dos doentes.

É fundamental manter o equilíbrio entre a componente técnica e humana, que em contexto de UCI nem sempre é fácil, pelo que esta proporcionalidade foi analisada e avaliada durante o estágio, sendo que esta reflexão crítica sobre a prática permitiu a otimização de atitudes no caminho da estruturação de competências e do desenvolvimento profissional. Tal como descrito no CDE, Artigo 109.º, alínea a), referente à excelência do exercício, “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p. 8080).

Pelas características inerentes ao contexto de UCI, durante o estágio foram vivenciadas situações sobre as quais foi necessário refletir e discutir com a enfermeira supervisora e restante equipa multidisciplinar. Salientamos momentos em que, perante a morte eminente da pessoa, ou face ao seu prognóstico reservado e à falência do tratamento instituído, foi discutido, entre o médico e o enfermeiro responsável pelo doente, a decisão de não incrementar medidas terapêuticas. Nestas tomadas de decisão foi envolvida a família, sendo necessário adotar uma comunicação assertiva, dar suporte emocional, esclarecer dúvidas e permitir visitas fora do horário normal. Estas circunstâncias permitiram desenvolver conhecimentos e aprendizagens sobre a dignidade humana e importância da comunicação, nomeadamente na comunicação de más notícias.

Em contexto de UCI, a grande maioria dos doentes estão sob VM pelo que, nestes casos, a comunicação fica comprometida. Nestas circunstâncias, as atualizações da condição clínica do doente foram fornecidas aos familiares ou pessoa de referência, sendo este direito do doente e família acautelado, tal como descrito no REPE, artigo 12.º, ponto 4, os enfermeiros estão obrigados a esclarecer o utente e os seus familiares, sempre que estes o solicitem, sobre os cuidados que lhe prestam (MS, 1996).

Diariamente, entre as 11h e as 12h é possível os familiares contactarem a UCI para pedirem informações sobre os seus familiares internados neste serviço, pelo que houve oportunidade de, telefonicamente, estabelecer esta comunicação. O serviço tem também um *tablet* que permite realizar videochamadas, tendo sido esta também uma das estratégias utilizadas para promover a

comunicação e também reduzir a ansiedade tanto dos doentes como dos seus familiares. Também durante o período das visitas, foi possível acompanhar os familiares neste processo, demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

No sentido de garantir a confidencialidade e a segurança da informação partilhada durante a passagem de turno de enfermagem, existe a preocupação de, sempre que possível, só estejam presentes enfermeiros, assegurando este direito dos doentes. Apesar da UCI onde foi realizado o estágio ser “*open space*”, cada unidade/box consegue ser individualizada através de cortinas, sendo, desta forma possível assegurar a privacidade e a dignidade dos doentes durante todos os procedimentos.

Também a realização do PIP permitiu desenvolver esta competência uma vez que foi também pedida autorização ao CA, após conhecimento da enfermeira coordenadora e diretora do serviço, para aplicação de um questionário aos enfermeiros, aos quais, foi também pedido o seu consentimento informado e esclarecido para a colheita de dados. Na posterior análise dos resultados do questionário, salientamos que foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes que voluntariamente decidiram participar, garantindo os princípios éticos inerentes a esta intervenção, tal como descrito anteriormente. A não divulgação da instituição onde foi realizado o estágio foi também uma forma de manter a confidencialidade e anonimato.

Durante o estágio desenvolvemos estratégias de tomada de decisão em equipa, em parceria com o doente/família, com base na comunicação e reflexão sobre os problemas identificados, com o objetivo de promover os direitos dos doentes. Especificamente, na prestação de cuidados ao doente com *delirium*, o quadro de agitação muitas vezes associado a esta situação, pode desencadear práticas que ponham em risco os direitos dos doentes, pelo que, as estratégias abordadas na formação para gestão destes doentes, pretendem contribuir para uma prática ética, prevenindo complicações associadas a esta síndrome.

Tendo em conta as aprendizagens desenvolvidas, consideramos que as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram adquiridas.

4.1.2. Melhoria contínua da qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de Mestre

5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

O MS destaca a segurança do doente como um desafio constante dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa (MS, 2021). Também a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 2, destaca o direito das pessoas “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019, p.56).

Também o Serviço Nacional de Saúde, conforme determinado na Base 20 da Lei de Bases de Saúde, deve ser pautado na sua atuação por diversos princípios, nomeadamente o da qualidade, “visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (AR, 2019, p. 61).

Tendo em vista o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde foi criado o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026 que assenta em 5 grandes pilares: Cultura de segurança; Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros (MS, 2021).

A melhoria contínua da qualidade da saúde é uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros têm um papel importante. Com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde se reconhece que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012a). Estes pressupostos e também os dos Padrões de Qualidade

dos Cuidados Especializados em PSC definidos pela OE (2017a) foram a base dos cuidados ao longo do estágio final.

No domínio da qualidade, a mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de “Gestão em Saúde e Governação Clínica” e “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde”, foi muito importante pois permitiu aumentar o nosso conhecimento sobre a conceção de programas de melhoria contínua da qualidade.

Numa fase inicial do estágio foi também fundamental conhecer a equipa multidisciplinar, as funções de cada elemento, conhecer a estrutura física e o funcionamento do serviço, bem como as normas, protocolos e projetos existentes, de forma a facilitar a integração e contribuir para a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes.

A UCI tem definidas estratégias para a melhoria da qualidade, nomeadamente na gestão de risco geral e clínico, para a qual existem médicos e enfermeiros do serviço que funcionam como elos de ligação e são responsáveis pela coordenação das atividades de prevenção e minimização de riscos no serviço, articulando-se com a Comissão de Gestão de Risco com o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC). Estes elementos procedem ao levantamento de riscos do serviço, acompanham o progresso dos relatos de incidente e desenvolvem estratégias de redução do risco/ações de melhoria, envolvendo toda a equipa.

Na área da qualidade na UCI o controlo de infeção é uma das áreas mais importantes, pelo que, estão em vigor procedimentos de prevenção de infeção associada ao uso de dispositivos invasivos, de cumprimento obrigatório por toda a equipa, assim como normas de controlo de infeção, havendo também médicos e enfermeiros designados como elos de ligação que devem articular-se com o Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) para ações de educação e de auditorias nesta área e ser responsáveis pela vigilância epidemiológica da infeção na UCI, pela atualização dos procedimentos de controlo de infeção e pela sua divulgação e ensino a todos os profissionais.

Este serviço participa nos programas nacionais de vigilância epidemiológica de infeção nosocomial, *Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance* (HELICS) em UCI e no programa de vigilância de Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS), utilizando plataformas informáticas nacionais, coordenadas pela DGS (CHS, 2018).

Conhecer os diversos procedimentos instituídos na UCI, nomeadamente a prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), prevenção da INCS, prevenção da infeção urinária associada a catéter vesical, prevenção de infeção de local cirúrgico e prevenção e controlo de colonização por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) permitiu-nos cumprir os seus pressupostos e manter o foco na qualidade dos cuidados. Todas as normas e procedimentos estão disponíveis numa plataforma digital na intranet à qual todos os profissionais de saúde do hospital têm acesso.

Além das normas e protocolos existentes no serviço, foi também realizada pesquisa bibliográfica sobre evidência científica atual relativamente a cuidados específicos ao doente crítico, nomeadamente os “Feixes de Intervenções” recomendados pela DGS, tendo em vista a promoção de um ambiente seguro.

Sendo a UCI um serviço com elevados padrões de qualidade e segurança, o contacto com esta realidade promoveu a aquisição de competências neste domínio e foi um contributo para o desenvolvimento do projeto sobre a prevenção do *delirium* no doente crítico em UCI. Na vertente do doente com *delirium*, a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU constituiu uma ferramenta muito importante para aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados a estes doentes.

Como parte integrante de uma equipa, foi possível perceber a forma de distribuição dos elementos e dinâmica de trabalho. Em todos os turnos é feita a distribuição dos doentes pelos enfermeiros, ficando o chefe de equipa responsável por esta gestão, sendo que, para além desta função acrescida, ainda é responsável pela prestação de cuidados, ficando com doentes atribuídos.

Apesar desta UCI ser composta por sete unidades, por escassez de recursos humanos, atualmente somente seis unidades estão em funcionamento. As seis unidades são distribuídas por quatro enfermeiros, de acordo com a complexidade dos doentes e a carga de trabalho calculada para cada doente. Sendo a enfermeira supervisora do estágio também chefe de equipa, colaborar com ela nesta gestão permitiu-nos desenvolver noções sobre rácios enfermeiro/doente adequados e de como é fundamental estes serem adaptados para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, são elementos importantes o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem (OE, 2012a). De acordo com a Tomada de Posição da OE relativa a cuidados seguros, os enfermeiros devem agir de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas e participar ativamente na identificação,

análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos mais vulneráveis (OE, 2006).

Cuidados seguros estão associados a dotações seguras, o que significa que:

“está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal com uma combinação adequadas de níveis de competência para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados de doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de risco” (*International Council of Nurses (ICN)*, 2006, p.6).

De acordo com o ICN (2006, p.8), “diversos artigos de investigação descreveram uma relação direta entre as dotações seguras e os resultados dos doentes”. Neste sentido, a OE publicou em 2011 o “Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde - indicadores de referência”, o qual veio a ser revertido sob a forma de Regulamento com o nº 533/2014, no Diário da República, 2ª série - Nº 233, de 2 de Dezembro de 2014 (Ribeiro, Vieira, Cunha, Dias & Martins, 2016).

De acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (OE, 2019b).

Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que sejam utilizados os rácios enfermeiro/doente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica, sendo que, no caso desta UCI, sendo de nível III, o rácio enfermeiro/doente deveria ser 1/1, o que nem sempre se verifica, sendo por vezes 1/2. Contudo, aquando da distribuição dos doentes, é tida em consideração a complexidade de cada doente, e quando são atribuídos dois doentes a um enfermeiro, tenta-se adequar de forma equilibrada este aspeto.

Durante o estágio houve turnos em que ficámos com dois doentes atribuídos, tendo sido vivenciada a dificuldade de gerir a elevada complexidade das intervenções de enfermagem necessárias para garantir uma prestação de cuidados de qualidade e segura a doentes críticos. Estas situações promoveram a reflexão sobre dotações seguras em conjunto com a enfermeira supervisora e destacaram a importância do espírito de equipa e entreajuda.

Devido à escassez de recursos humanos a nível das equipas de enfermagem e assistentes operacionais, a gestão de horários e recursos humanos é uma realidade constante pelo que tivemos oportunidade de acompanhar a enfermeira supervisora nestas atividades, bem como, durante a ausência da enfermeira coordenadora, também surgiu a oportunidade de colaborar com a enfermeira supervisora em funções de chefia, sendo que, nestas atividades conseguimos desenvolver competências de coordenação, nomeadamente gestão de *stocks*, recursos humanos e horários.

No sentido de identificar oportunidades e estratégias de melhoria da qualidade, além da consulta de protocolos, normas e projetos em vigor na UCI, foi feito um levantamento das necessidades do serviço que permitiu definir o tema do PIP. O desenvolvimento deste projeto possibilitou-nos não só desenvolver competências na área da temática “*Delirium* na UCI”, como contribuir para aprofundar conhecimentos da equipa multidisciplinar sobre este tema, tanto em partilhas informais como através da sessão de formação realizada no serviço e a partilha de evidência científica utilizada na pesquisa bibliográfica.

Sendo a formação e a procura da evidência científica mais atual um dos objetivos a desenvolver, no decorrer do estágio foi possível participar nas “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva” (Anexo nº D) que contribuíram para adquirir e aprofundar competências sobre diversas temáticas, tais como técnicas dialíticas e ECMO (Anexo nº E).

Todos os conhecimentos adquiridos das pesquisas efetuadas foram integrados na prestação de cuidados com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos mesmos e para a segurança do doente.

“A segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. O ICN acredita que a melhoria da segurança dos doentes envolve um vasto espetro de ações (...) incluindo um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do doente e as infraestruturas para apoiar o seu desenvolvimento. Os enfermeiros estão vocacionados para a segurança dos doentes em todos os aspetos do cuidado. Tal inclui informar os doentes e outros relativamente ao risco e à redução do risco, advogando pela segurança do doente e relatando os eventos adversos” (ICN, 2007, p.67).

Durante o estágio não houve oportunidade de utilizar o sistema de notificação de incidentes adversos, o Relato de Incidente Clínico, contudo, foi importante perceber que, cada vez mais, é uma prática à qual os enfermeiros recorrem para a qualidade clínica e para a segurança do doente. Existe a nível hospitalar o GIARC que monitoriza os relatos efetuados com o objetivo de implementar estratégias de melhoria, que tem demonstrado contributos importantes na segurança do doente.

Atualmente, devido ao número insuficiente de enfermeiros para garantir a abertura das 7 camas disponíveis na UCI, a equipa de enfermagem tem vindo a ser reforçada, gradualmente, com novos elementos. Contudo, a grande maioria dos elementos que transitaram para a equipa são enfermeiros sem experiência em UCI, o que implica uma integração mais prolongada, que dadas as necessidades do serviço, nem sempre é possível. Para colmatar esta situação, tanto a enfermeira coordenadora quando distribui os elementos pelas equipas, como os chefes de equipa, quando fazem a distribuição dos enfermeiros, procuram manter um equilíbrio a nível dos elementos da equipa, colaborando para a segurança dos doentes, no entanto, no decorrer do estágio, percebemos que esta gestão da equipa tem sido complexa, e que é um fator de preocupação em relação à segurança dos doentes.

A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros é influenciada pelo processo de integração, uma vez que este é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e, naturalmente, no seu desempenho profissional. O processo de integração deve ser estruturado e organizado, de forma a possibilitar o desenvolvimento das competências exigidas para o exercício profissional em determinado contexto. Uma integração planificada beneficiará não só a organização e o profissional, como também, os doentes, uma vez que potenciará uma adaptação rápida, segura, eficiente e uma prática de qualidade e deverá permitir a consolidação das competências necessárias ao desempenho da atividade profissional, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2020).

Na UCI existe um interesse contínuo na melhoria da qualidade, pelo que, existem diversos grupos de trabalho sobre diversas temáticas, nomeadamente, ventilação não invasiva, prevenção de úlceras de pressão, avaliação da carga de trabalho, gestão de risco, *sclinico*, entre outros. De forma a promover o trabalho desenvolvido por cada grupo, a coordenadora procura que exista pelo menos um elemento dinamizador de cada grupo por equipa.

O desenvolvimento do PIP adveio de uma necessidade do serviço previamente identificada, sendo que, no final do estágio, para dar continuidade ao projeto iniciado durante o estágio foi formado um grupo de trabalho do *delirium*. O facto de ter sido criado este grupo de trabalho realça a importância que esta temática tem na UCI.

Durante o estágio foi possível colaborar nos registos de enfermagem, esta atividade proporcionou-nos adquirir competências sobre o *sclinico*, tendo funcionado este sistema informático como uma ferramenta facilitadora da integração dos diversos cuidados específicos da UCI.

Além dos registos, também foi possível participar na passagem de turno, sendo este momento crucial para garantir a continuidade dos cuidados. Na passagem de turno, a informação relativa a cada doente é comunicada a toda a equipa de enfermagem que entra, para que todos os enfermeiros conheçam os doentes da unidade, fomentando o trabalho em equipa. A noção da complexidade de todos os doentes na passagem de turno é também essencial para o enfermeiro chefe de equipa gerir a distribuição dos enfermeiros em cada turno. A passagem de turno funciona também como momentos de análise e discussão dos casos clínicos de forma a garantir a continuidade dos cuidados, bem como para otimizar estratégias de atuação.

A continuidade dos cuidados de saúde para que seja eficaz e segura depende da existência de mecanismos de comunicação eficientes entre os elementos da equipa, sendo a passagem de turno um momento fundamental para disponibilização de informação precisa sobre os doentes relativamente aos cuidados de saúde, tratamentos e serviços, condição atual e todas as alterações recentes ou previstas (World Health Organization (WHO), 2007). Tal como descrito no CDE, Artigo 104º, o enfermeiro tem o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, através de um registo fiel às observações e intervenções realizadas” (MS, 1996)

A DGS preconiza que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR, sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017a).

Sendo a partilha de informação durante a passagem de turno essencial para uma continuidade de cuidados de excelência, também consideramos, pela nossa prática, a técnica ISBAR como uma ferramenta essencial que garante que toda a informação relevante é transmitida, sendo uma ferramenta utilizada tanto em contexto profissional, bem como durante o estágio.

A terapêutica nesta UCI é prescrita através do Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento em plataforma da intranet, sendo que, cada enfermeiro verifica a medicação prescrita, bem como, todos os procedimentos associados ao doente pelo qual é responsável, preparando e administrando toda a medicação relativa ao seu doente. Foi este o método de trabalho adotado durante o estágio, de forma a garantir uma gestão segura da terapêutica. Tal como descrito no parecer CJ (Conselho Jurisdicional) n.º 64/2017, o enfermeiro tem o dever de obter toda a informação

necessária, para que, no momento da administração de um determinado fármaco o realize com segurança, providenciando cuidados seguros (OE, 2017b).

Segundo a OE (2017b) os enfermeiros executam a administração de terapêutica prescrita, avaliando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situações de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.

É fundamental ter conhecimento sobre toda a medicação administrada bem como conhecer a situação clínica do doente, de forma a garantir segurança na administração de toda a terapêutica, tendo sido este o princípio na prestação de cuidados no decurso do estágio.

As diversas situações vividas ao longo do estágio promoveram vários momentos de reflexão crítica, tanto a nível individual como com a enfermeira supervisora que contribuíram para a aquisição de competências. Com esta reflexão foi possível aperfeiçoar os cuidados, favorecendo um ambiente terapêutico e seguro.

A prestação de cuidados baseada na segurança e qualidade contribuiu para o desenvolvimento das competências supracitadas.

4.1.3. Gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competência de Mestre

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

A prática e a gestão do cuidado em enfermagem são fundamentais para a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem, uma vez que a sua atuação se baseia em tomadas de

decisões, na comunicação, na liderança, na gestão, na educação permanente e em competências que permitam alcançar cuidados qualificados e eficientes (Ribeiro *et al.*, 2021).

Durante o estágio na UCI, tal como referido anteriormente, a enfermeira supervisora desempenha funções de chefe de equipa bem como de substituição da enfermeira coordenadora nas atividades de gestão. O acompanhamento da enfermeira supervisora nestas atividades permitiu conhecer a dinâmica de gestão do serviço, nomeadamente em relação a gestão de recursos humanos e materiais bem como de tomadas de decisão em relação a orientação e supervisão do bom funcionamento do serviço.

Na qualidade de gestores, os enfermeiros devem demonstrar competências relacionais, de comunicação, gestão de conflitos e de liderança. Sendo a liderança definida por Amestoy *et al.*, (2014, p.80) como a “habilidade do enfermeiro-líder de influenciar a sua equipa, visando alcançar objetivos compartilhados pelo grupo, tendo como finalidade central o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e suas famílias.”

Os conflitos são inevitáveis nos espaços em que há interações entre as pessoas (Martins *et al.*, 2020, p.2). Como o conflito tem implicações diretas para os doentes, a resolução positiva é essencial para promover a prestação segura e eficaz de cuidados (McKibben, 2017).

Considera-se a comunicação uma ferramenta eficiente, de fácil utilização e acesso, e capaz de melhor gerir os conflitos, proporcionando negociações eficazes, o que permite processos e mudanças, potencializa a qualidade do trabalho em equipa e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados (Amestoy *et al.*, 2014).

O acompanhamento da enfermeira supervisora em funções de chefia permitiu-nos perceber que uma comunicação eficaz, tal como descrito na literatura, deve ser uma ferramenta utilizada por todos os tipos de líderes, para garantir um bom relacionamento entre os profissionais de saúde, um trabalho de equipa eficiente que contribua para a segurança dos doentes e conseqüentemente para o bom funcionamento do serviço. Foi possível observar uma postura de entreaajuda, disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências e conhecimentos, por parte do chefe de equipa e restantes elementos. Esta foi também a postura adotada no decurso do estágio, que permitiu promover o trabalho em equipa, favorecendo a motivação e evolução pessoal e profissional.

Na passagem de turno, cada enfermeiro transmite as informações pertinentes sobre os doentes pelos quais ficou responsável durante o turno. Após passagem da informação relativa aos doentes, o chefe de equipa passa as denominadas “informações gerais”, tais como exames ou procedimentos planeados, bem como admissões ou transferências previstas, informações sobre avaria de equipamentos ou outras informações pertinentes relacionadas com a gestão. Nos turnos da manhã a enfermeira coordenadora assiste à passagem de turno de enfermagem e posteriormente assiste também à reunião da equipa médica, ou na ausência desta, o enfermeiro chefe de equipa ocupa essas funções. Após a reunião é transmitido à restante equipa o plano previsto para cada doente.

Outras das funções do chefe de equipa é gerir, em conjunto com a equipa médica, as vagas da melhor forma. Durante o estágio foi possível colaborar nesta gestão, através da transferência de doentes, sendo que tanto neste procedimento, como na deslocação do doente para a realização de exames, o chefe de equipa garante os recursos necessários para o transporte do doente em segurança e a comunicação com o serviço de destino. Em caso de necessidade de isolamento de algum doente, o chefe de equipa também garante as condições necessárias para o correto isolamento do doente bem como supervisiona o cumprimento das mesmas.

Durante o decurso do estágio, ocorreu um surto de *clostridium difficile* na UCI. Tendo em conta que a maioria dos antissépticos utilizados para higiene das mãos não são eficazes nesta situação sendo recomendada a lavagem das mãos com água e sabão, foi decidido pelo chefe de equipa retirar os antissépticos existentes em cada uma das camas da unidade, nos doentes infetados, para que após contacto com o doente, todos os profissionais procedessem à higienização das mãos e não apenas à desinfeção com antisséptico. Esta decisão foi uma estratégia utilizada para aumentar tanto a segurança dos doentes como dos profissionais da UCI. Esta foi uma das situações em que foi possível acompanhar e discutir com a enfermeira supervisora tomadas de decisão que envolvem a equipa multidisciplinar.

Nos turnos realizados durante o estágio, ocorreram algumas situações de falta de elementos, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, pelo que, houve necessidade de gerir a equipa para manter dotações seguras e rácios adequados, sendo esta uma das funções do chefe de equipa na ausência da enfermeira coordenadora do serviço, pelo que foi possível acompanhar a enfermeira supervisora nesta gestão.

Como referido anteriormente, existe um grupo da UCI que se foca na carga do trabalho. Este grupo é responsável pela aplicação do instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*,

diariamente, no início do turno da noite, utilizando os dados do dia anterior. De acordo com Guimarães, Rabelo, Moraes e Azzolin (2010) este instrumento tem-se mostrado útil para classificar os pacientes na UCI. O TISS-28 prevê as necessidades relacionadas com a enfermagem, permitindo a adaptação dos elementos pela classificação dos doentes de acordo com a complexidade assistencial, além de permitir uma estimativa de custos e de receitas.

De acordo com o artigo 100.º, alínea b) do CDE, o enfermeiro assume o dever de se responsabilizar pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, bem como garantir a qualidade e a continuidade das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelas mesmas (OE, 2015). Por outro lado, tal como descrito no Artigo 10.º do REPE, o enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal dele funcionalmente dependente, devendo este ter a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem (MS, 1996). No respeitante a este tema, durante o estágio, as tarefas delegadas foram sempre alvo de avaliação, análise e supervisão, tal como preconizado pelo CDE e o REPE.

Também para a realização da sessão de formação e do PIP surgiu a oportunidade de desenvolver competências de gestão, nomeadamente no seu planeamento, execução e avaliação. Foi necessário desencadear uma articulação com a coordenação do serviço e enfermeiro responsável pela formação para decidir datas e local da sessão para posterior divulgação à equipa multidisciplinar.

A gestão dos cuidados ao doente com *delirium*, com a elaboração do artigo, do manual, do procedimento de atuação bem como a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU permitiram também desenvolver competências no âmbito da otimização do tratamento e estratégias a aplicar nesta situação.

Também a gestão do tempo é um fator importante, Westbrook, Duffield, Li e Creswick (2011) referem que o tempo que os enfermeiros consomem em cuidados diretos tem sido considerado determinante para a melhoria de *outcomes* dos doentes e para a diminuição de erros, além de proporcionar maiores níveis de satisfação por parte dos doentes.

Para proporcionar ambientes favoráveis à prática de cuidados, a política organizacional de recursos humanos tem de ter em consideração as dotações dos profissionais, sendo que, estudos referem que quantos mais enfermeiros nos serviços, melhores os resultados para os doentes levando a melhores resultados para os doentes e maior segurança para os profissionais (ICN, 2007).

Além da reflexão pessoal com a enfermeira supervisora sobre a questão da importância da gestão do tempo e da sua influência nos cuidados aos doentes, também a nível da realização do PIP foi fundamental a elaboração de um cronograma (Apêndice nº D) que permitiu organizar e planejar as atividades de acordo com o tempo disponível.

Toda a revisão bibliográfica efetuada para a fundamentação desta competência contribui também para o seu desenvolvimento, bem como a mobilização de conhecimentos da unidade curricular de “Gestão em Saúde e Governação Clínica”.

Tendo em conta o acima referido consideramos que as competências do domínio da gestão de cuidados foram adquiridas.

4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre:

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

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.

O autoconhecimento permite aos enfermeiros desenvolver competências e refletir sobre os seus cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como uma importante ferramenta para o desenvolvimento pessoal e desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Rasheed, Younas, & Sundus, 2019).

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019a, p.4749).

Durante o estágio a capacidade de autorreflexão foi uma das ferramentas utilizadas para o desenvolvimento da consciência dos nossos limites pessoais e profissionais e para desenvolver pensamento crítico que contribuiu para construir relações terapêuticas e, conseqüentemente, uma melhor adaptação aos contextos profissionais.

Com o objetivo do desenvolvimento pessoal e profissional, ao longo de todo o estágio existiram vários momentos de reflexão relativamente aos sentimentos vividos nas interações com os doentes e suas famílias bem como com a equipa multidisciplinar, tendo estas reflexões permitido desenvolver competências relacionais, comunicação assertiva e ultrapassar a insegurança por vezes sentida na prestação de cuidados ao doente crítico. Também a elaboração do PIP proporcionou momentos de reflexão e autoconhecimento.

Em relação ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, as competências desenvolvidas na unidade curricular “Desenvolvimento Pessoal e Saúde Mental” também tiveram um contributo bastante significativo.

O pensamento crítico e os momentos de reflexão com a enfermeira supervisora contribuíram para a qualidade dos cuidados prestados durante o estágio bem como para a adaptação a novas situações e contextos de estágio, tendo apresentado um papel facilitador nas transições vividas que resultaram em transições saudáveis.

Pelas suas características, a UCI é um serviço com elevados níveis de stresse pelo que, uma das funções dos enfermeiros chefes de equipa e especialistas é a de ter capacidade de observação, raciocínio crítico, comunicação e análise das situações que podem causar conflitos para poder resolvê-las de maneira eficiente, promovendo o espírito de equipa e harmonia no local de trabalho, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes (Oliveira, Cruz, Almeida, Melo & Góis, 2018). Observar e colaborar na gestão destas situações com a enfermeira supervisora, permitiu refletir sobre as competências necessárias para atuar eficazmente sob pressão, reconhecer situações potencialmente conflituosas e adquirir estratégias para a resolução das mesmas.

O enfermeiro, de acordo com o CDE, artigo 100.º, alínea e), tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, através da frequência de ações de qualificação profissional bem como, tal como descrito no artigo 108.º, alínea c), tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem descurar a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015).

Fundamentar a prática clínica na melhor evidência científica disponível com o objetivo de prestar cuidados de qualidade e seguros, tomadas de decisão fundamentadas, e integrar os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados tem sido o nosso objetivo, tanto na prática profissional, como, durante o estágio. O conceito de enfermagem baseada em evidências enfatiza que uma tomada de decisão seja realizada a partir do consenso de evidências relevantes, obtidas de pesquisas, estudos e informações de bases de dados (Driever, 2002).

Segundo Camelo (2012), o enfermeiro que exerce funções na UCI, além de qualificação adequada, necessita de mobilizar competências profissionais específicas durante a prática clínica, de forma a desenvolver as suas funções eficazmente e prestar cuidados de qualidade, aliando o conhecimento técnico-científico com a humanização dos cuidados. Para atingir esses objetivos, o mesmo autor acrescenta que é fundamental, no contexto da prática e do desenvolvimento profissional do enfermeiro, a formação permanente, uma vez que permite, através da reflexão crítica sobre a prática, produzir mudanças no pensar e no agir.

Sendo a UCI um serviço bastante complexo, que implica a mobilização de diversas competências, a pesquisa bibliográfica foi uma constante durante todo o estágio. Neste contexto salientamos o contributo das unidades curriculares de “EMC” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada” pelos conteúdos abordados relativamente ao doente crítico. Também a unidade curricular “Investigação em Enfermagem” teve um contributo bastante importante, nomeadamente na elaboração do artigo de investigação “Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa” bem como para a elaboração do Manual e Protocolo de Atuação no *Delirium* na UCI.

A elaboração destes documentos permitiu não só aprofundar conhecimentos nesta área como difundi-los, através da partilha dos documentos elaborados, bem como com a apresentação da sessão de formação, contribuindo para a promoção de uma prática baseada na evidência. A mobilização de conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Formação e Supervisão em Enfermagem” foram um alicerce para o desenvolvimento destas competências. Toda a pesquisa realizada, que culminou na elaboração dos diversos documentos propostos no PIP e no artigo de investigação, ao ser partilhada com a restante equipa contribuiu para a formação da equipa e partilha de conhecimento.

Especificamente, em relação aos cuidados prestados ao doente com *delirium* na UCI, a aplicação das escalas RASS e CAM-ICU permitiram, não só aplicar as ferramentas recomendadas pela evidência

científica para a pesquisa da presença de *delirium*, como desenvolver competências neste domínio, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

Outra atividade desenvolvida para promover a atualização dos conhecimentos foi a participação em jornadas formativas, nomeadamente nas “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva” organizadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central (Anexo nº D), onde foram abordados temas, por peritos, muito importantes na abordagem do doente crítico (Anexo nº E). É também de salientar a realização, com sucesso, dos cursos “Suporte Avançado de Vida (SAV)” (Anexo nº F) e “*International Trauma Life Support (ITLS)*” (Anexo nº G) que deram contributos essenciais para o cuidado ao doente crítico. Durante o estágio, no serviço, não foi possível participar em ações de formação uma vez que, devido ao contexto pandémico, a sua realização encontra-se numa fase menos ativa, não tendo, por esse motivo, surgido essa oportunidade.

No decurso da unidade curricular EMC 3 foi elaborado um póster com o título “Triage em Catástrofe: A importância da formação e treino dos profissionais de saúde” (Apêndice nº J). Este póster foi posteriormente apresentado no “Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021)” que decorreu nos dias 15 e 16 de julho de 2021, no Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo nº H). Esta atividade permitiu adquirir e disseminar conhecimentos sobre esta temática.

O conhecimento adquirido foi debatido com a enfermeira supervisora e restante equipa, sendo objetivo, mobilizar a teoria para a prática clínica, tendo esse exercício sido efetuado durante o estágio. Procurámos também, rentabilizar, ao máximo, as oportunidades de aprendizagem na prática de cuidados e partilha de conhecimentos e reflexão em equipa e com a enfermeira supervisora.

Após a descrição das atividades desenvolvidas consideramos que as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram adquiridas.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho,

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são 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).

Desta forma, segundo o regulamento supracitado, o enfermeiro especialista deve mobilizar “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363). A OE (2018, p.19359) define então as competências específicas do EEEMC-PSC, que se dividem nos seguintes domínios:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção 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.”

Seguidamente será apresentada a análise reflexiva em relação às competências específicas do EMC-PSC às quais associamos a sétima competência de Mestre em Enfermagem tendo em conta que também converge para os mesmos objetivos.

Competência de Mestre:

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Desta competência fazem parte seis unidades de competência que serão analisadas em seguida.

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

A possibilidade de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é a base de um processo de aprendizagem, que nos permite desenvolver e melhorar

os cuidados especializados prestados nesta área, contribuindo para a qualidade e segurança do doente, tendo o estágio proporcionado várias oportunidades de desenvolver esta competência.

Para o desenvolvimento desta competência é importante salientar que a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de “EMC” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada” foi essencial para aumentar o conhecimento relativamente aos cuidados de enfermagem à PSC e à atuação especializada neste contexto. Além disso, é importante salientar que a pesquisa bibliográfica referente aos processos complexos de doença crítica foi uma constante no decorrer do estágio, bem como o esclarecimento de dúvidas com a enfermeira supervisora e restante equipa multidisciplinar.

A PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

Na PSC a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes têm importância máxima. Os cuidados de enfermagem neste contexto exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa família/cuidador, de prever e detetar precocemente as complicações de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018).

Tal como mencionado, o doente crítico requer um elevado grau de monitorização e vigilância de forma a permitir uma resposta precoce e rápida perante focos de instabilidade. Durante o estágio foi possível não só ter contacto com diversas técnicas de monitorização invasiva e análises laboratoriais, bem como desenvolver a capacidade de análise crítica da vigilância efetuada, integrando os achados obtidos na condição clínica do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

A vigilância do doente internado em UCI é extremamente importante, tal como refere Venturi *et al.* (2016) que destaca a importância da monitorização hemodinâmica, que contribui com parâmetros que são a base para uma tomada de decisão relativamente à necessidade de intervenções rápidas para evitar possíveis complicações, bem como em relação à administração de terapêutica ao doente. Os mesmos autores reforçam que o enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização hemodinâmica, pois é através desta que pode adequar e planear os cuidados prestados ao doente crítico, através da interpretação e análise dos dados obtidos.

Na UCI, cada unidade dispõe de um monitor, que possui alarmes visíveis e sonoros, e que permite leitura de traçados e valores digitais de eletrocardiograma, deteção de arritmias, frequência respiratória, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, bem como monitorização invasiva, nomeadamente, pressões arteriais invasivas, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar, débito cardíaco e parâmetros derivados da cateterização com cateter de Swan-Ganz (CHS, 2018). Todos os monitores estão ligados a uma central na zona de trabalho de enfermagem.

A monitorização hemodinâmica determina grande parte do tratamento do doente crítico. A avaliação da Pressão Arterial (PA) é uma das principais monitorizações a ter em conta na manutenção de um equilíbrio hemodinâmico, sendo que a monitorização da PA invasiva por cateterismo, permite a avaliação contínua da pressão sistólica, diastólica e média, trazendo assim importantes contributos para a vigilância da PSC bem como o seu ajuste terapêutico na procura de um tratamento mais célere e eficaz (Esper & Pinsky, 2014).

A colocação e manutenção de LA é uma prática comum na UCI pelo que durante o estágio todos os doentes aos quais foram prestados cuidados apresentavam este tipo de monitorização. Por esse motivo foi possível desenvolver competências relativamente aos cuidados de enfermagem necessários para a colocação, manutenção e remoção da LA. A vigilância contínua da PA permite compreender o estado hemodinâmico do doente e avaliar a necessidade de administração de medicação consoante os parâmetros apresentados.

As colheitas de sangue, nomeadamente as gasimetrias, permitem não só avaliar alterações eletrolíticas como avaliar a condição respiratória do doente e identificar o seu grau de estabilidade. Sendo os enfermeiros os profissionais que passam mais tempo junto ao doente, são estes que, por norma, identificam estas alterações e gerem os cuidados prestados de acordo com a situação clínica, tendo um importante papel na rápida deteção de qualquer foco de instabilidade e em reportar atempadamente a outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Foi possível gerir o estado hemodinâmico contínuo dos doentes no decorrer do estágio, ajustando a medicação para os alvos definidos para cada doente e alertando a equipa médica para alterações drásticas da condição dos mesmos. Foram vivenciadas situações em que, pela instabilidade dos doentes, estes tinham restrições a nível de mobilização e posicionamentos, pelo que, além da vigilância contínua, antes de todos os procedimentos foi feita uma avaliação da repercussão que estes poderiam ter na condição clínica do doente em conjunto com a enfermeira supervisora e equipa médica, agindo em conformidade.

Sendo o contexto de UCI altamente tecnológico, proporcionou-nos o contacto com novas técnicas, equipamentos, procedimentos e cuidados, tais como, as técnicas de substituição da função renal contínuas e o *Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO). Para responder adequadamente a estes desafios foi desenvolvida pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e documentação existente na pasta de formação do serviço relativamente a estas técnicas, complementada com esclarecimento de dúvidas com a enfermeira supervisora e restante equipa.

Durante o estágio foi possível prestar cuidados a doentes submetidos a técnicas dialíticas, nomeadamente a Hemodiafiltração Venovenosa Contínua, que possibilitou pôr em prática os conhecimentos teóricos e operacionalizar os cuidados de enfermagem específicos aos doentes nesta condição, montar circuitos e sua manutenção. Relativamente à técnica PICCO, foi observada num doente com choque cardiogénico grave, tendo este contacto permitido a integração e desenvolvimento de competências importantes relativamente à instabilidade hemodinâmica que foram muito importantes para a evolução durante o estágio e melhoria da qualidade dos cuidados.

A UCI onde foi realizado o estágio não abrange doentes sob a técnica ECMO, contudo, quando necessário, os doentes são sinalizados e se a sua transferência for considerada viável, uma equipa do hospital de destino vem efetuar o resgate do doente. Esta situação ocorreu durante o estágio, tendo sido possível assistir à instituição da técnica ECMO, tendo sido esta uma experiência muito enriquecedora.

O transporte dos doentes críticos envolve alguns riscos, mas a sua realização justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica. É fundamental refletir sobre o risco/benefício do transporte uma vez que o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar a sua condição clínica e originar complicações que devem ser antecipadas (OM (Ordem dos Médicos) & SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), 2008). Assim, é da responsabilidade do enfermeiro desenvolver estratégias para melhoria da segurança do doente no meio em que se insere (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa & Rabiais, 2020).

Tendo em conta as complicações e a instabilidade que podem ocorrer durante o transporte do doente crítico, vários procedimentos foram analisados e considerados, tais como: acautelar o aviso prévio do serviço de destino, providenciar a monitorização adequada do doente e selecionar os equipamentos e medicação necessários para manter a estabilidade do mesmo durante o transporte.

Na UCI o doente vai sempre acompanhado por médico e enfermeiro que gerem a medicação bem como o equipamento necessário para o transporte, de acordo com a condição do doente, sendo que, a mala de transporte do serviço, o insuflador manual da unidade do doente bem como o monitor de transporte fazem parte do material habitual para acompanhar todos os doentes. Todos estes procedimentos foram postos em prática, garantindo a segurança do doente nos transportes realizados no decorrer do estágio.

Neste ponto detetámos a inexistência de uma *checklist* de transporte intra-hospitalar nesta UCI, que, segundo a evidência científica, é descrita como uma forma prática e simples de aumentar a segurança do transporte intra-hospitalar (Canellas *et al.*, 2020), pelo que parece ser um aspeto a melhorar na segurança dos doentes na UCI, tendo este ponto sido alvo de análise, discussão e reflexão com a enfermeira supervisora. Outra situação observada durante o estágio foi que, quando o doente a transportar estava atribuído a um enfermeiro inexperiente ou sem formação em SAV, este era acompanhado por um enfermeiro com experiência em reanimação, sendo esta gestão realizada pelo chefe de equipa de enfermagem, garantindo a segurança do doente.

A formação contínua dos profissionais, a padronização das intervenções, a adequação e bom funcionamento dos equipamentos e a monitorização do doente crítico durante o transporte são determinantes para a prevenção ou redução dos eventos adversos e segurança do doente, onde o enfermeiro assume uma responsabilidade determinante (Canellas *et al.*, 2020).

Nesta UCI existe uma equipa de EEMI tal como preconizado pela DGS (2010). Esta equipa é constituída por médico e enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação. Contudo, esta equipa, por questões de escassez de recursos humanos, durante o decurso do estágio teve inativa, pelo que não houve oportunidade de presenciar e acompanhar em ativações. No entanto, em contexto profissional, pela experiência em doente crítico adquirida no SUG, foi possível integrar esta equipa durante a fase complexa do contexto pandémico. Nestas funções foi possível vivenciar situações de ativação para doentes internados em situação de paragem cardiorrespiratória onde os conhecimentos adquiridos em contexto de SAV foram mobilizados e aplicados, bem como, colaborar na prestação de cuidados em contexto de UCI, fomentando a entajuda e trabalho em equipa, sendo estes momentos bastante enriquecedores pela partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar.

Todos estes procedimentos requerem cuidados técnicos de alta complexidade pelo que, a sua execução, permitiu-nos desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico com várias disfunções orgânicas, do foro médico e do foro cirúrgico.

Por tudo o salientado consideram-se mobilizadas e adquiridas a competência em análise.

- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Uma prática baseada na evidência resulta na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, sendo uma das estratégias para a concretização de uma prática baseada na evidência, a construção de protocolos que são instrumentos que favorecem a adoção das melhores práticas (Mattos-Pimenta *et al.*, 2017).

O conhecimento dos procedimentos e protocolos utilizados a nível institucional e dos serviços é essencial para uma prática correta. Aquando da nossa pesquisa a nível da intranet da instituição procuramos conhecer os protocolos terapêuticos complexos instituídos, nomeadamente os utilizados no contexto de prestação de cuidados à PSC.

Na UCI foram diversos os protocolos terapêuticos complexos postos em prática, tais como, a prevenção da PAV, protocolo de técnicas dialíticas, normas de alimentação entérica e parentérica, protocolo de controlo de glicémia e administração de insulina, entre outros. Todos estes protocolos foram consultados e integrados na prática clínica, sendo as dúvidas esclarecidas com a enfermeira supervisora e restante equipa multidisciplinar. Além da consulta dos protocolos foi também realizada pesquisa de literatura adicional como forma de aprofundar conhecimentos nas várias temáticas.

Além destes protocolos, existem protocolos terapêuticos complexos, como é o caso do Algoritmo de SAV, que é frequentemente utilizado no contexto da PSC. Neste contexto, a participação no curso de SAV, realizado no âmbito deste mestrado (Anexo nº F), teve um contributo bastante importante na nossa atuação nestas situações pois surgiu como uma oportunidade de consolidar conhecimentos e treinar a sua aplicação. Na aplicação deste algoritmo, salientamos a importância de um *team leader* com experiência em técnicas de reanimação e que coordene a atuação dos restantes elementos, de forma a obter um desempenho eficaz por parte de todos, sendo este papel, normalmente adotado por um elemento médico ou pelo chefe de equipa de enfermagem. Salientamos também a importância da formação de todos os elementos nesta área, bem como, a importância de estabelecer uma comunicação eficaz e entendimento entre todos os profissionais envolvidos.

Em contexto do PIP, foi elaborada uma proposta de protocolo de atuação no *delirium* na UCI, onde além da recomendação da aplicação das escalas RASS e CAM-ICU, são descritas intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para a prevenção e tratamento do *delirium*. Este protocolo foi divulgado no serviço por meio de uma sessão de formação e, prevê-se a sua aplicação no futuro, com a formação do grupo de trabalho do *delirium* nesta UCI.

Durante o estágio foi aplicada a escala RASS e CAM-ICU aos doentes pelos quais ficámos responsáveis ao longo dos turnos, tendo os resultados dessa aplicação sido analisados e discutidos no 3.2.4., sendo que, esta intervenção permitiu não só contribuir para a aplicação deste protocolo, como contribuir para melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

Considera-se ter atingido esta unidade de competência ao longo da unidade curricular estágio final.

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

É essencial referir que a dor está quase sempre presente na PSC, quer pela patologia de base quer pelos vários procedimentos invasivos e não invasivos a que o doente crítico é sujeito, tendo repercussões no seu estado geral. A experiência de dor pode ainda ser agravada pela dificuldade de comunicação, pela alteração do estado de consciência, pela sedação, pelo medo e pela ansiedade. Assim, a avaliação e tratamento da dor na PSC é fundamental pois pode contribuir para a diminuição do risco de complicações, sendo recomendado o uso de escalas de monitorização da dor (Teixeira & Durão, 2016).

Segundo Teixeira e Durão (2016) o controlo e gestão da dor na PSC, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas).

Nesta UCI a avaliação da dor é realizada pelo menos uma vez por turno e sempre que se considere necessário. A avaliação é feita através da Escala Numérica ou da Escala de Faces, conforme se considere mais adequado e, registado no sclinico. No decorrer da prestação de cuidados na UCI foi possível avaliar, monitorizar e registar a dor, bem como gerir a medicação e implementar medidas não farmacológicas, como a promoção do conforto através do posicionamento, alternância de decúbitos e massagens.

Pela noção da dor associada aos diversos procedimentos executados em UCI, bem como, em situações em que após a avaliação foi detetado desconforto do doente, em conjunto com a equipa médica, foi realizada a gestão adequada no sentido de alcançar o bem-estar do doente.

O sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor depende da sua avaliação e monitorização sistemática, por forma a possibilitar ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado (Teixeira & Durão, 2016).

A gestão inadequada da dor, bem como a administração de medicação sedativa e analgésica são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* (Kotfis *et al.*, 2018). Este contexto realça, ainda mais, a importância da gestão da dor, sedação e analgesia no doente crítico, tendo sido esta uma das estratégias utilizadas no tratamento e prevenção do *delirium* no decorrer do estágio.

Pelo referido considera-se o desenvolvimento desta unidade de competência.

- **Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;**
- **Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;**
- **Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.**

A situação de doença crítica com internamento em contexto de UCI revela-se muito significativa para a família do ponto de vista físico e emocional. Constata-se que a vivência de processos de transição saúde-doença é altamente marcante, pelas mudanças significativas que ocorrem individualmente e na dinâmica familiar, passando-se, subitamente, de uma vivência de situação de saúde e estabilidade para uma situação de doença, desempenhando os enfermeiros um papel fundamental no suporte dedicado à pessoa e família (Mendes, 2018).

A experiência de internamento em UCI requer um cuidado humanizado pelos enfermeiros, em que as relações construídas são essenciais (Mendes, 2018). Assim, é da responsabilidade do EEMC-PSC gerir a relação terapêutica e assistir emocionalmente a família (OE, 2018). Mendes (2018) destaca o momento da admissão como importante, na identificação das necessidades de informação dos membros da família, de forma a adequar o suporte dado, favorecendo a manutenção do vínculo entre a família e o doente.

Nos cuidados prestados na UCI a comunicação foi essencial para tentar estabelecer uma relação de confiança com o doente, quando possível, bem como com os seus familiares. A ansiedade associada ao internamento neste contexto é muito frequente pelo que, nos momentos de contacto com a família, tanto de forma presencial como através de chamadas telefónicas, foi demonstrada disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, tanto em relação ao funcionamento do serviço como em relação à situação clínica do seu familiar. A relação estabelecida permitiu perceber os sentimentos vividos por parte dos doentes/família e colaborar na gestão de estratégias para lidar com as diversas situações.

No decurso do estágio foi possível estar presente durante as visitas, tendo sido realizado o acolhimento da família e a identificação do familiar de referência ao qual, preferencialmente, é fornecida a informação relativa à evolução clínica do seu familiar internado. Neste contexto foi permitido acompanhar a visita até junto do doente, esclarecer sobre os procedimentos e tipo de cuidados necessários a ter durante a visita, sendo prestado apoio emocional sempre que necessário e esclarecidas as dúvidas existentes.

Nestas atividades, foram aplicados os princípios da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que define que o enfermeiro deve ter uma ação interventiva e continuada no decorrer do processo de transição, concedendo o conhecimento e a capacidade para proporcionar respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar com a finalidade de atingir um processo de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

Na literatura sobre o *delirium*, é destacado o papel do envolvimento da família como uma estratégia não farmacológica para reduzir a incidência de *delirium*. De acordo com Deng *et al.* (2020), a participação da família (94%) foi a intervenção mais eficaz para reduzir a incidência de *delirium* e Oliveira *et al.* (2020) acrescentam que foi observado em 44% dos pacientes que não recebem visitas a presença de *delirium*. Estes conhecimentos foram aplicados na prática clínica, tendo sido a família, sempre que possível, envolvida no processo de recuperação dos doentes.

Também foram vivenciadas situações de morte de doentes, em que, a família foi previamente alertada para o prognóstico reservado do seu familiar internado, bem como informada aquando do agravamento do seu estado clínico, sendo permitido, nestas situações, períodos de visitas extras e os esclarecimentos necessários. Nestas situações, os conhecimentos sobre comunicação de más notícias mobilizados foram essenciais para promover estratégias facilitadoras de processos de luto.

Consideramos que o apoio prestado nestas situações contribuiu também para facilitar as transições experienciadas bem como para dignificar a situação de morte.

Pelo exposto consideram-se desenvolvidas as unidades de competência alvo de análise.

4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Fazem parte desta competência específica cinco unidades de competência:

- **Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;**
- **Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;**
- **Planeia resposta à situação de catástrofe;**
- **Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;**
- **Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.**

Catástrofe é um acontecimento súbito e geralmente imprevisível, que se designa como “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” (AR, 2006, p.4696).

Em situações de catástrofe, verifica-se, de forma pontual ou sustentável, um desequilíbrio entre as necessidades identificadas e os recursos disponíveis. Esta desigualdade condiciona a intervenção, exigindo uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2012).

Os enfermeiros desempenham um papel significativo na resposta a catástrofes pelo que a sua preparação para responder eficazmente a estes eventos de forma a reduzir as consequências negativas para a saúde da população afetada é de extrema importância (Labrague *et al.*, 2017).

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19363).

As instituições devem ter um plano de contingência que permita uma rápida resposta perante uma situação de catástrofe, sendo que a sua ausência pode resultar em resultados negativos para os doentes e profissionais de saúde bem como na falência do sistema (Koka *et al.*, 2018).

Durante o estágio não ocorreu nenhuma situação de catástrofe, contudo, e tal como explanado na literatura, é fundamental estar preparado para responder eficazmente perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe pelo que, os enfermeiros devem conhecer os planos de emergência internos da instituição. Desta forma, no estágio na UCI, foram consultados e analisados os planos internos de resposta em situações de emergência, tanto os da instituição como do respetivo serviço. Além dos planos internos da instituição foram também examinados os planos de resposta a catástrofes externas dos centros hospitalares, nomeadamente o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Foram também revistos os conteúdos lecionados na unidade curricular EMC 3 e realizada pesquisa sobre esta temática.

Na unidade curricular EMC 3 foi também possível realizar pesquisa bibliográfica para a construção de um póster com o título “Triage em Catástrofe: A importância da formação e treino dos profissionais de saúde” (Apêndice nº J) que permitiu também aprofundar conhecimentos na área da atuação em contexto de catástrofe e no papel fundamental que a formação apresenta na capacidade de resposta perante estas situações.

A nossa prática clínica é desenvolvida num SUG, local onde frequentemente ocorre sobrelotação de doentes admitidos, verificando-se um número insuficiente de recursos humanos perante a necessidade de cuidados, sendo necessário uma eficaz gestão de prioridades e sistematização de avaliação que permita uma intervenção precoce à PSC. Esta gestão, por vezes diária, permite desenvolver estratégias de gestão e planeamento e funciona também, como uma forma de treino na resposta a situações de exceção.

Em contexto profissional, foi também possível concluir o curso de enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), no qual está incluído o “Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção” (Anexo nº I). Este módulo além da componente teórica teve também uma componente prática onde foram simuladas atuações perante diversas situações com múltiplas vítimas. Nestas simulações foi possível aplicar métodos de triagem primária e secundária, nomeadamente, a aplicação do método *Simple Triage And Rapid Treatment* e o *Triage Revised Trauma Score*, respetivamente, bem como, treinar a comunicação com todos os intervenientes nestas

situações e a evacuação de vítimas para o posto médico avançado. A mobilização destes conhecimentos teve um contributo muito relevante no desenvolvimento desta competência.

A simulação é importante pois contribui para a formação que torna os profissionais de saúde mais capacitados para responder em situação real, promovendo o pensamento crítico e a tomada de decisão (Silva *et al.*, 2020). A formação e o treino são a base para o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção, sendo que o treino através de simulacros e a partilha de experiências permitem a identificação de lacunas, bem como de aspetos com potencial de melhoria (Campos, 2015).

Considera-se que o disposto contribuiu para a aquisição e desenvolvimento da competência em análise.

4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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

Fazem parte desta competência específica duas unidades de competência:

- **Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;**
- **Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica.**

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. A IACS assume particular relevância na PCS uma vez que, a existência de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas promove o aumento da esperança de vida e o aumento do número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, aumentando também o risco de infeção (DGS, 2017c).

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2017a, p.9).

As IACS representam uma componente crítica de qualquer programa de segurança do doente, cabendo aos enfermeiros um importante papel na prevenção deste tipo de infeções (Graveto, Rebola, Fernandes & Costa, 2017 e Sá, Fontes & Mondelli, 2017).

“As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (...) são problemas diretamente relacionados e de importância crescente à escala mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar alheia. As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos” (DGS, 2017b, p. 19).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. A higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS (DGS, 2017c).

Tal como descrito no Parecer CJ n.º 06/2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), surge com carácter prioritário e tem como objetivo principal a redução da taxa de IACS hospitalares e da comunidade, bem como a redução da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos (OE, 2013).

Além das recomendações do PPCIRA foram consultados os planos de controlo de infeção em vigor no centro hospitalar e na UCI em contexto da PSC de forma a cumprir as normas estabelecidas, baseando a prática clínica nestas recomendações. Neste contexto, destacam-se os feixes de intervenção definidos para a prevenção da PAV, prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, prevenção da infeção urinária associada a cateterismo vesical, prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção e controlo da transmissão de microrganismos multirresistentes, incluindo MRSA, uma vez que são as infeções mais frequentes em UCI.

Para aprofundar conhecimentos nesta área recorreremos também a pesquisa bibliográfica bem como foram mobilizados conhecimentos adquiridos na unidade curricular “EMC 5”, sendo que, neste

contexto, foi desenvolvido um trabalho com o tema “Prevenção e Controlo de Infecção em contexto UCI”, que trouxe contributos importantes para o estágio final.

Segundo a DGS (2017b), a PAV caracteriza-se por ser uma pneumonia associada à intubação e/ou ventilação mecânica invasiva com mais de 48 horas ou que surge menos de 48 horas após a extubação da traqueia. Relativamente à PAV destacamos os seguintes feixes de intervenção: manter a elevação da cabeceira ($\geq 30^\circ$), evitando períodos em posição supina; realizar higiene oral com clorohexidina 0,2%, pelo menos, 3x ao dia; mudar traqueias/filtros do ventilador/narizes artificiais (humificadores passivos); manter pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (CHS, 2019c).

Relativamente à prevenção da infecção associada à cateterização venosa central no adulto, realçamos os seguintes feixes de intervenção: utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção e substituir o penso sempre que este se encontre húmido, descolado ou repassado e proceder a desinfeção do local de inserção do cateter venoso central com clorohexidina 2%; substituição dos sistemas de administração intravenosos, incluindo rampas, torneiras e prolongamentos de 72/72 horas, com a exceção dos sistemas de propofol que devem ser substituídos de 12/12 horas e os prolongamento de amiodarona de 24/24 horas; reservar um lúmen para a alimentação parentérica sendo que a sua infusão deve-se ser completada em 24 horas (CHS, 2021a).

No que diz respeito à prevenção da infecção urinária associada a cateterismo vesical evidenciamos os seguintes feixes de intervenção: trocar adesivo de fixação do cateter vesical, alternado o local (no homem na região supra púbica e na mulher na região anterior da coxa); manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga para promover o fluxo urinário; providenciando o seu esvaziamento sempre que atingido 2/3 da sua capacidade e antes do transporte do doente (para evitar refluxo); evitar desconexões desnecessárias do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado e se ocorrer saída acidental do saco e/ou sistema, desinfetar a extremidade do cateter vesical com álcool a 70º (CHS, 2019a).

No que concerne a prevenção da infecção do local cirúrgico destacamos a realização de banho com clorohexidina a 2%, a administração de profilaxia antibiótica cirúrgica, evitar a tricotomia, manter a normotermia e a glicémia <180 mg/dl (CHS, 2021b).

No que respeita a prevenção e controlo da transmissão de microrganismos multirresistentes (incluindo MRSA), é preconizado que os doentes internados na UCI por mais de 48h sejam submetidos a higiene corporal (incluindo couro cabeludo excluindo a face) com gluconato de clorohexidina a 2%

em toalhetes, pelo menos nos primeiros cinco dias após a admissão. O rastreio de portadores de MRSA deve ser realizado na admissão, através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir), devendo o doente permanecer em situação de isolamento de contacto até conhecimento do resultado da pesquisa (CHS, 2019b).

A análise e aplicação de todos estes feixes de intervenção promoveu não só a aquisição e desenvolvimento de competências a este nível como a reflexão sobre o importante papel dos enfermeiros no controlo da infeção.

Relativamente aos elementos que funcionam como elo de ligação ao GCLCIPRA, na UCI existe um grupo de trabalho da comissão de controlo de infeção (CCI) constituído por três enfermeiros e um médico. Estes elementos funcionam como formadores formais e informais, esclarecendo dúvidas e fomentando uma prática baseada na evidência, sendo responsáveis por desenvolver ações de formação no serviço no âmbito da CCI, sempre que se justifique.

Durante o estágio, sempre que necessário foram esclarecidas dúvidas com a enfermeira supervisora e elos de ligação deste grupo, de forma a prestar cuidados com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC no sentido de desenvolver a competência em causa.

O grupo da CCI é também responsável pela vigilância epidemiológica da infeção na UCI. Neste sentido é realizada a monitorização de dados relativamente à presença de dispositivos invasivos em cada doente, sendo que, diariamente, no turno da manhã, o chefe de equipa de enfermagem identifica e regista o número de doentes com cateter venoso central, acesso venoso periférico, algália, tubo oro-traqueal ou traqueostomia e úlceras por pressão. Estes dados são posteriormente analisados em colaboração com o GCLCIPRA, participando a UCI nos programas nacionais HELICS em UCI e no programa de Vigilância de INCS, utilizando plataformas informáticas nacionais, coordenadas pela DGS. Estes registos facilitam a avaliação e análise de indicadores de qualidade do serviço, sendo alguns deles a incidência de infeções associadas a dispositivos e consumo de antimicrobianos. Durante o estágio foi possível colaborar no levantamento destes dados em conjunto com a enfermeira supervisora.

Na UCI, todo o equipamento de proteção individual encontra-se junto das unidades dos doentes, de forma a promover a sua utilização e fácil acesso. Tal como descrito no 3.1. existem duas unidades de isolamento equipadas com pressão negativa, que na atualidade têm sido utilizadas para casos

positivos de Covid-19. Na restante unidade, em caso de isolamento de contacto ou preventivo, está implementada a identificação com recurso a cartão que é colocado na unidade do doente junto à cabeceira do mesmo.

Na admissão de todos os doentes em UCI, são realizados diversos procedimentos invasivos, nomeadamente a colocação de LA para monitorização invasiva da PA e, se necessário, é colocado cateter venoso central para administração de terapêutica. Além destes procedimentos é também realizada uma série de colheitas de produtos biológicos, nomeadamente, exsudado retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos, exsudado nasal para pesquisa de MRSA, hemoculturas aeróbias e anaeróbias, via periférica e central, urocultura e colheita de secreções, se presentes. Até serem obtidos os resultados destes produtos biológicos o doente fica em isolamento preventivo, sendo adotadas as medidas de prevenção adequadas.

Durante as visitas, o papel do enfermeiro no acompanhamento dos familiares de forma a garantir o cumprimento das precauções de controlo de infeção é fundamental. Desta forma, no acolhimento da família, além do equipamento de proteção individual necessário conforme a condição do doente, é pedido à família que higienize e desinfete com solução alcoólica as mãos, à entrada e à saída do serviço, sendo que o enfermeiro acompanha a família ao local indicado. Durante a permanência do familiar junto do doente o enfermeiro deve garantir que as medidas de prevenção e controlo de infeção são mantidas. Durante o estágio foi possível desempenhar esta função.

De acordo com tudo o que se encontra descrito ao longo da reflexão sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEEMC-PSC, consideramos que foi também desenvolvida a sétima competência de mestre: “evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

Pelo exposto, consideram-se desenvolvidas as competências em análise.

5. CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório reflete o percurso académico bem como as aprendizagens resultantes das experiências vivenciadas neste curso de Mestrado em Enfermagem. Foi realizada uma análise crítica e reflexiva relativamente às atividades desenvolvidas e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e as competências de mestre, conforme definido nos objetivos iniciais deste trabalho.

O estágio final em UCI, pela complexidade inerente a este serviço, revelou-se um contexto muito enriquecedor a nível das experiências vivenciadas, tanto a nível técnico, pelas diversas novas práticas e procedimentos com os quais contactámos, bem como, a nível humano e relacional, uma vez que permitiu desenvolver competências comunicacionais e estratégias para responder a situações complexas.

Sendo o nosso contexto profissional desenvolvido num SUG, a UCI apresentou-se como uma nova realidade, pelo que também nós vivenciamos uma transição de ambiente em que, o apoio dado pela enfermeira supervisora e por toda a equipa multidisciplinar, bem como toda a pesquisa bibliográfica realizada durante o estágio, foram fundamentais para a integração de competências e promotoras de uma transição saudável.

A realização do PIP teve como objetivo melhorar os cuidados de enfermagem ao doente com *delirium* em contexto de UCI e foi determinante para a aquisição de competências sobre esta temática, baseadas em evidência científica. A aplicação das escalas RASS e, principalmente, da CAM-ICU, permitiu operacionalizar estratégias que favorecem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.

O PIP foi elaborado com suporte na metodologia de projeto e na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Como resultado deste projeto foi proposto um protocolo de atuação para uniformizar e fundamentar os cuidados prestados neste contexto, que foi partilhado e discutido com a equipa de enfermagem. Este tema foi considerado bastante relevante por parte dos enfermeiros, tendo sido estabelecido um grupo de trabalho do *delirium* que pretende dar continuidade ao projeto iniciado.

Durante o estágio, pela limitação do tempo, não foi possível implementar a utilização da escala CAM-ICU na UCI como forma de avaliar a presença de *delirium*. Contudo, consideramos que a evidência científica partilhada na sessão de formação, bem como os documentos elaborados (manual,

procedimento e cartões de bolso) foram contributos importantes, que pretendemos que motivem os enfermeiros a integrar os conhecimentos adquiridos na sua prática clínica diária, promovendo resultados positivos para os doentes.

O caminho percorrido foi o resultado de muito trabalho, esforço e dedicação, que nos permitiu desenvolver e crescer pessoal e profissionalmente.

Após conclusão desta etapa consideramos que este foi um momento determinante, que nos permitiu adquirir, desenvolver e consolidar conhecimentos e refletir sobre a nossa prática clínica com o objetivo de caminhar na direção da excelência e melhoria dos cuidados que prestamos, sendo que, a conclusão da etapa não representa o fim desta caminhada, à qual pretendemos dar continuidade no nosso contexto de trabalho.

O facto do tema desenvolvido ter sido o reflexo de uma necessidade do serviço e ser considerado importante pela equipa de enfermagem, tornou este processo ainda mais gratificante, sendo um desejo futuro a publicação do artigo elaborado.

Pelo que foi exposto ao longo deste documento, consideramos ter atingido os objetivos delineados.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Retirado de http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf em 7-11-2021.

Amestoy, S., Backes, V., Thofehn, M., Martini, J., Meirelles, B., & Trindade, L. (2014). *Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar*. *RGE*, pp. 79-85. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/HFFL8vvnv7ZqwtHzmxQn4xcC/?format=pdf&lang=pt> em 02-02-2022.

Assembleia da República (AR). (2006). *Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho de 2006 da Lei de Bases da Protecção Civil*. Diário da República n.º 126/2006, Série I. Retirado de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526> em 15-02-2022.

Assembleia da República (AR). (2019). *Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro de 2019 da Lei de Bases da Saúde*. Diário da República n.º 169/2019, Série I, 55-66. Retirado de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf> em 01-02-2022.

Barnes-Daly, M., Phillips, G., & Ely, E. (2017). *Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients*. *Crit Care Med*, pp. 171-178. Retirado de https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2017/02000/Improving_Hospital_Survival_and_Reducing_Brain.4.aspx em 07-11-2021.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Burry, L., Hutton, B., Guenette, M., Williamson, D., Mehta, S., Egerod, I., Rose, L. (2016). *Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses*. *BioMed Central*, pp. 1-8. Retirado de

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016934/pdf/13643_2016_Article_327.pdf
em 15-11-2021.

Camelo, S. (2012). *Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?format=pdf&lang=pt> em 08-02-2022.

Campos, A. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Rev Med Saude Brasilia, pp. 84-96. Retirado de <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5514/3783> em 05-03-2022.

Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). *Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review*. Enfermería Global, pp. 541-556. Retirado de Enfermería Global: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/pt_1695-6141-eg-19-60-525.pdf em 25-2-2022.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2017). *Manual de Políticas e Procedimentos: Estratégia de Melhoria da Qualidade*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 25-02-2022.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2018). *Regulamento Interno: Serviço de Cuidados Intensivos*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 01-10-2021.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2019a). *Procedimento para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateterismo Vesical de Custa Duração na Pessoa Adulta*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 02-10-2021.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2019b). *Procedimento para Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador SCI*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 02-10-2021.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2019c). *Procedimento para Prevenção e Controlo da Transmissão de Microrganismos Multirresistentes (incluindo MRSA)*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 02-10-2021.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2021a). *Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 02-10-2021.

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). (2021b). *Procedimento para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Retirado de Intranet em 02-10-2021.

Deng, L.-X., Cao, L., Zhang, L.-N., Peng, X.-B., & Zhang, L. (2020). *Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis*. *Journal of Critical Care*, pp. 241-248. Retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944120306651?via%3Dihub> em 28-11-2021.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2010). *Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO da Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx> em 28-02-2022.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017a). *Norma 001/2017 de 08/02/2017 da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Retirado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf> em 28-02-2022.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017b). *Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Retirado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf> em 04-10-2021.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf em 16-03-2022.

Driever, M. (2002). *Issues in Clinical Nursing Research: Are Evidenced-Based Practice and Best Practice the Same?* Western Journal of Nursing Research, pp. 591-597. Retirado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019394502400446342> em 25-02-2022.

Ely, E., Inouye, S., Bernard, G., Gordon, S., Francis, J., May, L., & al., e. (2001). *Delirium in Mechanically Ventilated Patients: validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. JAMA, pp. 2703-2710. Retirado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194422> em 27-11-2021.

Ely, E., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J., Wheeler, A., Gordon, S., Bernard, G. (2003). *Monitoring Sedation Status Over Time im ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation scale (RASS)* . Jama, pp. 2983-2991. Retirado de <https://sci-hub.ee/10.1001/jama.289.22.2983> em 27-11-2021.

Erdmann, A., Mello, A., Sousa, F., & Koerich, M. (2006). *Bioética e cuidados à saúde como responsabilidade com a vida e a natureza: algumas reflexões*. O Mundo da Saúde, pp. 375-381. Retirado de https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/128/o/bioetica_cuidado_saude.pdf em 18-02-2021.

Esper, S., & Pinsky, M. (2014). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology: Arterial waveform analysis*. ScienceDirect, pp. 363-380. Retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689614000718?via%3Dihub> em 19-02-2022.

Faria, R., & Moreno, R. (2013). *Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada*. Rev Bras Ter Intensiva, pp. 137-147. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rbti/a/mSgDP58GSPrtXt3gzJhzYZTz/?format=pdf&lang=pt> em 21-11-2021.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Figueiredo, N., Machado, W., & Martins, M. (2018). *Reabilitação nômade em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida*. Curitiba - Brasil: CRV.

Flores-Oñate, G., Ceballos-Vásquez, P., & Mejías-Parada, R. (2021). *Cuidados para o manejo de delirium em Unidades de Pacientes Críticos: uma Revisão Integrativa*. Cultura de

los Cuidados (Edición digital), 144-156. Retirado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/114473/1/CultCuid59_15.pdf em 21-11-2021.

Ghaeli, P., Shahhatami, F., Zade, M. M., Mohammadi, M., & Arbabi, M. (22 de Março de 2018). *Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit*. Iran J Psychiatry, pp. 142-147. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037578/> em 21-11-2021.

Gómez Tovar, L., & Henao-Castaño, Á. (2021). *Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance*. Av enferm, pp. 395-414. Retirado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n3/0121-4500-aven-39-03-395.pdf> em 21-11-2021.

Graveto, J., Rebola, R., Fernandes, E., & Costa, P. (2017). *Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo*. Rev Bras Enferm, pp. 1258-1262. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/B8wDGpz5hbmgn9QRLxj7G8x/?format=pdf&lang=pt> em 15-03-2022.

Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Retirado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf> em 18-02-2022.

Guimarães, R., Rabelo, E., Moraes, M., & Azzolin, K. (2010). *Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bpRQvWxVXDrKYkWcs4JKRNn/?format=pdf&lang=pt> em 12-02-2022.

Gusmao-Flores, D., Salluh, J., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C., Lima, M., & al., e. (2011). *The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients*. Clinics, pp. 1917-1922. Retirado de <https://www.scielo.br/j/clin/a/4pWRH5gvkf6ChQNWx7DhFFJ/?format=pdf&lang=en> em 21-11-2021.

Gusmao-Flores, D., Salluh, J., Chalhub, R., & Quarantini, L. (2012). *The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies*. *Critical Care*, pp. 1-10. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/CAM-ICU.pdf em 21-11-2021.

Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (Dezembro de 2016). *Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment*. *American Society of Anesthesiologists*, pp. 1229–1241. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119532/> em 21-11-2021.

Ingvarsson, E., Verho, J., & Rosengren, K. (2019). *Managing Uncertainty in Nursing - Newly Graduated Nurses Experiences of Introduction to the Nursing Profession*. *Int Arch Nurs Health Care*. Retirado de <https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-5-119.pdf?jid=ianhc> em 08-02-2022.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2012). *Situação de Exceção Manual TAS Versão 3.0, 1ª edição*. Retirado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf> em 15-03-2022.

International Council of Nurses (ICN). (12 de Maio de 2006). *Dotações seguras salvam vidas: instrumentos de informação e ação*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf em 15-02-2022.

International Council of Nurses (ICN). (12 de Maio de 2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = Cuidados de Qualidade, instrumentos de informação e ação*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf em 15-02-2022.

Koka, P., Sawe, H., Mbaya, K., Kilindimo, S., Mfinanga, J., Mwafongo, V., Reynolds, T. (2018). *Disaster preparedness and response capacity of regional hospitals in Tanzania: a descriptive cross-sectional study*. *BMC Health Services Research*. Retirado de

file:///C:/Users/admin/Downloads/Disaster_preparedness_and_response_capacity_of_reg.pdf em 15-03-2022.

Kotfis, K., Marra, A., & Ely, E. (2018). *ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge*. *Anaesthesiol Intensive Ther*, pp. 128-140. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/AIT_Art_37993-10%20(1).pdf em 21-11-2021.

Labrague, L., Hammad, K., Gloe, D., McEnroe-Petitte, D., Fronda, D., Obeidat, A., Cayaban, E. (2017). *Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature*. ICN. Retirado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12369> em 15-03-2022.

Luetz, A., Heymann, A., Radtke, F., Chenitir, C., Neuhaus, U., Nachtigall, I., Spies, C. (2010). *Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use?*. *Crit Care Med*, pp. 409-418. Retirado de <https://sci-hub.ee/10.1097/ccm.0b013e3181cabb42> em 21-11-2021.

Martins, J., & Nascimento, E. (2005). *A Tecnologia e a Organização do Trabalho de Enfermagem em UTI*. ACM, pp. 23-27. Retirado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/300.pdf> em 18-02-2022.

Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A., & Vilela, C. (2020). *Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/9rr9bCf3SrDfzqzNHQj4CnXS/?format=pdf&lang=pt> em 08-02-2022.

Mattos-Pimenta, C., Francisco, A., Lopes, C., Nishi, F., Maia, F., Shimoda, G., & Jensen, R. (2017). *Guia para a Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem: Integrando Protocolos, Prática Baseada em Evidência e Classificações de Enfermagem*. Retirado de https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagem-integrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf em 18-02-2022.

McEwen, M., & Wills, E. (2014). *Theoretical Basis for Nursing, fourth edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Retirado de

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64478703/LibraryFile_171030_28-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1648215500&Signature=Nj2h1pm0CnBpy9r6uLwSXeU8fsQqGCKa7oahVza-FhVa9~Nfa-NjGymXkrnDVtRqBygd0ED~SVp~ojSdEhmDrhMXiG8q6ucvL8DrrYALByoNBsX0I2BX4QmgNYEbCkmRS0f~dt em 12-02-2022.

McKibben, L. (2017). *Conflict management: importance and implications*. British Journal of Nursing, pp. 100-103. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/BJON_2017_26_02_000_Conflictmanagement_Final.pdf em 08-02-2022.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress (4th edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Retirado de [https://books.google.pt/books?id=REG21RVBS14C&pg=PR9&lpg=PR9&dq=Theoretical+nursing:+development+and+progress+\(4th+edition\)&source=bl&ots=arQd209fSh&sig=ACfU3U1STLe45k4RYbOkULtubISXiXz80w&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwiim-C77dn2AhVTSvEDHcitDe0Q6AF6BAguEAM#v=on](https://books.google.pt/books?id=REG21RVBS14C&pg=PR9&lpg=PR9&dq=Theoretical+nursing:+development+and+progress+(4th+edition)&source=bl&ots=arQd209fSh&sig=ACfU3U1STLe45k4RYbOkULtubISXiXz80w&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwiim-C77dn2AhVTSvEDHcitDe0Q6AF6BAguEAM#v=on) em 12-02-2022.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. NY: Springer Publishing. Retirado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf em 12-02-2022.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory In Advanced Nursing Science*. pp. 12-28. Retirado de https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx em 12-02-2022.

Mendes, A. (2018). *Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico*. Rev Bras Enferm, pp. 182-189. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/wKBQX5trfTQwszQ89ftw9Jd/?format=pdf&lang=pt> em 08-02-2022.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES). (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018 do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I, 4147 - 4182*. Retirado de <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf> em 19-02-2022.

Ministério da Saúde (MS). (1996). *Decreto-Lei n.º 161/1996 4 de Setembro de 1996 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, n.º 205/1996, Série I-A, 2959 - 2962*. Retirado de <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf> em 08-02-2022.

Ministério da Saúde (MS). (2021). *Despacho n.º 9390/2021 de 24 de Setembro de 2021 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 187/2021, Série II, 96-103*. Retirado de <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf> em 01-03-2022.

Morandi, A., Brummel, N., & Ely, E. (2011). *Sedation, delirium and mechanical ventilation: the 'ABCDE' approach*. *Curr Opin Crit Care.*, pp. 43-49. Retirado de https://journals.lww.com/criticalcare/Abstract/2011/02000/Sedation,_delirium_and_mechanical_ventilation__the.9.aspx em 21-11-2021.

Mori, S., Takeda, J., Carrara, F., Cohrs, C., Zanei, S., & Whitaker, I. (24 de Abril de 2016). *Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 587-593. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jbFTfh8yf9CpHDSFpsZL5Yq/?format=pdf&lang=pt> em 21-11-2021.

Nagel, Y., Towell, A., Nel, E., & Foxall, F. (2016). *The Emotional Intelligence of registered nurses commencing critical care nursing*. *CrossMark*. Retirado de <https://scihub.ee/10.4102/curationis.v39i1.1606> em 08-02-2022.

Nascimento, E., & Trentini, M. (2004). *O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Peterson e Zderad*. *Rev Latino-am Enfermagem*, pp. 250-257. Retirado de

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qgYFjMcq7MSnjDLF5WYYDRs/?format=pdf&lang=pt> em 08-02-2022.

Neves, N., & Siqueira, J. (2010). *A bioética no atual Código de Ética Médica*. Revista Bioética, pp. 439-450. Retirado de [file:///C:/Users/admin/Downloads/575-1738-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/575-1738-1-PB%20(1).pdf) em 03-03-2022.

Oliveira, E., Cruz, K., Almeida, H., Melo, I., & Góis, R. (2018). *A Gestão de conflitos: Desafio na prática gerencial do enfermeiro*. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, pp. 123-138. Retirado de [file:///C:/Users/admin/Downloads/5162-Texto%20do%20artigo-15338-1-10-20180416%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/5162-Texto%20do%20artigo-15338-1-10-20180416%20(1).pdf) em 15-02-2022.

Oliveira, K., Picanço, C., Oliveira, A., Assis, Y., Souza, A., & AG, R. (2020). *Strategies used by nurses to minimize the occurrence of delirium in critically ill patients*. Rev. Enferm da UFSM - REUFSM, pp. 1-18. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/tmagnago,+21_38778_eng.pdf em 21-11-2021.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2006). *Tomada de posição do CJ da OE aprovado em reunião do Conselho Diretivo de 8 de Junho de 2006 sobre a segurança do cliente*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf em 17-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos revisto e impresso em Agosto de 2012*. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf em 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). *Parecer N.º 06/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade EMC: Pronuncia sobre Programa Prevenção e Controlo de Infeções, Resistência aos Antimicrobianos*. Retirado de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf em 05-03-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I, 8059-8105.* Retirado de <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf> em 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica aprovado por maioria, com alterações, na 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade em EMC a 25 de Novembro de 2017.* Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf em 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017b). *Parecer CJ 64/2017: Pedido de Parecer sobre disponibilização/indicação de medicação aprovado no plenário a 28 de Julho de 2017.* Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf em 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). *Regulamento n.º429/2018 de 16 de Julho de 2018: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica. Diário da República n.º 135/2018, Série II, 19359-19370.* Retirado de <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf> em 28-09-2021.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.* Retirado de <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf> em 28-09-2021.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 de 25 de Setembro de 2019, Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.* Retirado de *Diário da República n.º 184/2019, Série II, 128-155:* <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf> em 15-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2020). *Pronúncia do Conselho de Enfermagem N.º 41/2020, Assunto: Tempo mínimo de integração para enfermeiros em Centro de Saúde*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19760/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-41_ce_tempo-m%C3%ADnimo-de-integra%C3%A7%C3%A3o-para-enfermeiros-em-centro-de-sa%C3%BAde_anonimizada.pdf em 08-02-2022.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 656/2021 de 16 de Julho de 2021 da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República, 2ª Série, Parte E, n.º 137, 173-191*. Retirado de <https://files.dre.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf> em 15-02-2022.

Ordem dos Médicos (OM); Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Retirado de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf> em 03-03-2022.

Palencia-Herrejón, E., Romera, M., & Silva, J. (2008). *Delirio en el paciente crítico*. *Medicina Intensiva*, pp. 77-91. Retirado de <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13116129> em 21-11-2021.

Pandharipande, P., Shintani, A., Peterson, J., Truman, B., Wilkinson, G., Dittus, R., Ely, E. (2006). *Lorazepam Is an Independent Risk Factor for Transitioning to Delirium in Intensive Care Unit Patients*. *Anesthesiology*, pp. 21-26. Retirado de <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/104/1/21/7483/Lorazepam-Is-an-Independent-Risk-Factor-for> em 21-11-2021.

Park, S., & Lee, H. (2019). *Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines*. *ACC*, pp. 117-125. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6786674/pdf/acc-2019-00451.pdf> em 21-11-2021.

Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M., & Santos, M. (2016). *Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, 29-36. Retirado de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833004.pdf> em 21-11-2021.

Peterson, J., Pun, B., Dittus, R., Thomason, J., Jackson, J., Shintani, A., & Ely, E. (2006). *Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients*. The American Geriatrics Society, pp. 479–484. Retirado de <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x> em 21-11-2021.

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. (Janeiro de 2018). *Delirium: O 7º Parâmetro Vital?* Revista Científica da Ordem dos Médicos, pp. 51-58. Retirado de [file:///C:/Users/admin/Downloads/9670-32162-3-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/9670-32162-3-PB%20(5).pdf) em 21-11-2021.

Rasheed, S., Younas, A., & Sundus, A. (2019). *Self-awareness in nursing: A scoping review*. J Clin Nurs, pp. 762-774. Retirado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14708> em 08-03-2022.

Ribeiro, I., Lira, J., Maia, S., Almeida, R., Fernandes, M., Nogueira, L., Feitas, J. (2021). *Gestão em Enfermagem: Reflexões acerca dos desafios e estratégias frente à COVID-19*. Revista Enfermagem Atual. Retirado de <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1053/852> em 18-02-2022.

Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). *Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem*. Servir, pp. 7-11. Retirado de [file:///C:/Users/admin/Downloads/24023-Texto%20do%20Trabalho-92528-1-10-20210323%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/24023-Texto%20do%20Trabalho-92528-1-10-20210323%20(1).pdf) em 15-02-2022.

Robinson, T., Raeburn, C., Tran, Z., Brenner, L., & Moss, M. (2011). *Motor Subtypes of Postoperative Delirium in Older Adults*. American Medical Association, pp. 295-300. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/soa05059_295_300.pdf em 21-11-2021.

Rompaey, B., Elseviers, M., Schuurmans, M., Shortridge-Baggett, L., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). *Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study*. Critical Care, pp. 1-12. Retirado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/cc7892.pdf> em 21-11-2021.

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos, pp. 1-37. Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf em 15-10-2021.

Sá, F., Fontes, C., & Mondelli, A. (2016). *Perfil das Infeções em Pacientes Hospitalizados com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Integrativa*. Rev enferm UFPE, pp. 333-340. Retirado de <file:///C:/Users/admin/Downloads/10958-23913-1-PB.pdf> em 03-03-2022.

Santos, B., Sá, F., Pessan, J., Criveralo, L., Bergamo, L., Gimenez, V., Plantier, G. (2019). *Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem*. Rev Bras Enferm, pp. 566-570. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/S6CTSqv6CX3WhvsbZcrffPr/?format=pdf&lang=pt> em 12-02-2022.

Salluh, J., & Vidal, L. (2007). *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit: Translated into Portuguese*. Retirado de https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41adcf487b473e199b27b_CAM_ICU_flowsheet_Portugese_B.pdf em 15-12-2021.

Salluh, J., Soares, M., Teles, J., Ceraso, D., Raimondi, N., Nava, V., Rocha, M. (2010). *Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study*. Critical Care, pp. 1-7. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220001/pdf/cc9333.pdf> em 21-11-2021.

Salum, N., & Prado, M. (2014). *A Educação Permanente no Desenvolvimento de Competências dos Profissionais de Enfermagem*. Texto Contexto Enferm, pp. 301-308. Retirado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/W56QJtTkjSqBMHbndK5vQCC/?lang=pt&format=pdf> em 08-02-2022.

Sanchez, J., Gonzalez, M., & Gutierrez, J. (2013). *Delírium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia): subdiagnóstico y subregistro*. rev.colomb. psiquiatr, pp. 191-197. Retirado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a07.pdf> em 21-11-2021.

Serafim, R., Bozza, F., Soares, M., Emanuel, P., Tura, B., Ely, W., & Salluh, J. (2015). *Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care patients: A systematic review*. *Journal of Critical Care*, pp. 799-807. Retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944115001501> em 21-11-2021.

Silva, R., Porto, I., & Figueiredo, N. (2008). *Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva*. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, pp. 156-159. Retirado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/SwCVLVtqWXWC84C7DpV4ZqG/?format=pdf&lang=pt> em 08-02-2022.

Silva, R., Santos, V., Moraes, J., Andrade, I., Abreu, R., & Freitas, J. (2020). *Aplicabilidade da Simulação Realística na Graduação de Enfermagem: Experiência em Incidentes com Múltiplas Vítimas*. *Rev baiana enferm*, pp. 1-11. Retirado de [file:///C:/Users/admin/Downloads/34648-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-130563-2-10-20200427%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/34648-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-130563-2-10-20200427%20(1).pdf) em 03-03-2022.

Slooter, A., Van de Leur, R., & Zaal, I. (2017). *Delirium in critically ill patients*. *Critical Care Neurology*, pp. 449-466. Retirado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444635990000259?via%3Dihub> em 21-11-2021.

Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). *Prevenção da Confusão Aguda em Doentes Adultos Internados em Cuidados Intensivos: Intervenções Autónomas dos Enfermeiros*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 49-57. Retirado de <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n22/n22a07.pdf> em 21-11-2021.

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 135-142. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/14__Rev._Enf._Ref_RIV16026.pdf em 08-02-2022.

Treviso, P., Peres, S., Silva, A., & Santos, A. (2017). *Competências do enfermeiro na gestão do cuidado*. Rev. Adm. Saúde. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/59-296-1-PB%20(1).pdf em 18-02-2022.

Universidade de Évora (UE). (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos Mestrado em Enfermagem (2º ciclo)*. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20(2%C2%BA%20ciclo).pdf em 08-02-2022.

Varejão, F., & Coelho, P. (2019). *Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em EMC: Intervenções não Farmacológicas na Prevenção de Delirium na Unidade de Cuidados Intensivos*. Porto, Universidade Católica: Universidade Católica Portuguesa do Porto - Instituto de Ciências da Saúde. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31626/1/b%29%20Trabalho%20final%20EMC%2014.06.2019%20Provas%20Defesa.pdf> em 21-11-2021.

Vasilevskis, E., Morandi, A., Boehm, L., Pandharipande, P., Girard, T., Jackson, J., W. E. (2011). *Delirium and Sedation Recognition Using Validated Instruments: Reliability of Bedside Intensive Care Unit Nursing Assessments from 2007 to 2010*. JAGS, pp. 250-255. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233973/> em 21-11-2021.

Venturi, V., Viana, C., Maia, L., Basílio, M., Oliveira, A., Sobrinho, J., & Melo, R. (2016). *O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva*. Revista Recien, pp. 18-23. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/6+Viviane+Venturi%20(1).pdf em 15-02-2022.

Westbrook, J., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N. (2011). *How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals*. BMC, pp. 1-12. Retirado de <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-319.pdf> em 18-02-2022.

World Health Organization (WHO). (2007). *World Alliance for Patient Safety. Communication during Patient Hand-overs*. Retirado de <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services->

(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1 em 15-02-2022.

Young, J., Murthy, L., Westby, M., Akunne, A., & O'Mahony, R. (2010). *Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance*. BMJ, pp. 247-249. Retirado de <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c3704.full> em 21-11-2021.

www.icudelirium.org

APÊNDICES

Apêndice nº A: Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Unidade de Cuidados Intensivos

PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* NO DOENTE CRÍTICO EM UCI

Docente Orientador:

Professora Maria Antónia da Costa

Enfermeira Orientadora:

[REDACTED]

Discente:

Bruna Trabuco, n.º 47912

NOVEMBRO, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
5º MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Unidade de Cuidados Intensivos

PREVENÇÃO DO DELIRIUM NO DOENTE CRÍTICO EM UCI

Docente:

Professora Maria Antónia da Costa

Enfermeira Orientadora:

[REDACTED]

Discente:

Bruna Trabuço, n.º 47912

NOVEMBRO, 2021

RESUMO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, referente ao 3º semestre do ano letivo 2021/2022, decorre o Estágio Final, de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, numa Unidade de Cuidados Intensivos..

Durante o Estágio final é expectável desenvolver competências clínicas na área de especialização, bem como, competências de investigação, pelo que se pretende que seja desenvolvido um projeto de intervenção, com base na metodologia de projeto, cujos contributos serão posteriormente desenvolvidos e apresentados no Relatório de Mestrado.

Desta forma, definiu-se como temática a desenvolver, a “Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos”.

Este Projeto de Intervenção tem como objetivo contribuir para a segurança e colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com *delirium*, internado em UCI, através da elaboração de uma proposta de protocolo, que demonstre a importância do reconhecimento e diagnóstico precoce do *delirium*, bem como as intervenções relativas à sua prevenção e tratamento. Através da elaboração deste documento pretende-se favorecer a promoção da formação da equipa nesta área.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – ANÁLISE SWOT _____	XII
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO _____	XIV
APÊNDICE III - CRONOGRAMA _____	XVIII
APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO _____	XX

ÍNDICE GERAL

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2. OBJETIVOS	7
3. MEIOS E ESTRATÉGIAS	7
3.1. Critérios de Inclusão/Exclusão	8
3.2. Amostra	9
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados	9
3.4. Questões Éticas	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
APÊNDICES	11

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

O *delirium* é definido como uma disfunção neurológica aguda, caracterizada por alterações transitórias da consciência e cognição tais como, inatenção, confusão mental e alteração do estado de consciência, em geral, por um breve período de tempo (Mori, et al., 2016).

De acordo com Burry *et al.* (2016), é uma síndrome comum nos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo que, quando submetidos a ventilação mecânica e sedação, até 80% destes, desenvolvem esta complicação. Mori *et al.* (2016) reforçam que, o desenvolvimento deste distúrbio, está associado a resultados negativos na evolução clínica do doente crítico, tais como, aumento do tempo de internamento, aumentando assim os custos e complicações associadas, maior possibilidade de ocorrência de eventos adversos e aumento da mortalidade. Cada dia adicional de *delirium* está associado a um aumento de 10% do risco de morte (Ghaeli, Shahhatami, Zade, Mohammadi, & Arbabi, 2018).

Segundo Ghaeli et al. (2018), a alta taxa de ocorrência do *delirium* em doentes críticos e as suas consequências demonstram que este deve ser considerado como um problema grave de saúde. Diariamente, em contexto de UCI, os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros, são os primeiros a identificar as alterações comportamentais apresentadas pelos doentes. Diante disso, destaca-se a importância e a necessidade, do reconhecimento dos fatores de risco para desenvolver *delirium*, em doentes internados em UCI, bem como, da identificação precoce do *delirium*, através de instrumentos válidos, de forma a investir na prevenção, reduzindo a sua frequência e complicações (Mori, et al., 2016).

De acordo com Mori, *et al.* (2016), o Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-UCI) tem sido amplamente utilizado para a identificação do *delirium* em doentes internados em UCI. Os mesmos autores destacam ainda que resultados sobre o uso do CAM-UCI revelaram que 91,5% dos enfermeiros referiram que os seus conhecimentos sobre o *delirium* aumentaram depois de começaram a utilizar sistematicamente o CAM-UCI e 85,1% destacaram que o instrumento é de fácil aplicação.

Os critérios do CAM-UCI para pesquisa da presença de *delirium* são: alteração aguda ou flutuante do estado mental, inatenção, alteração do nível de consciência e pensamento

desorganizado. Para determinar a alteração do nível de consciência é utilizada a Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* (RASS) (Mori, et al., 2016).

Desta forma, após reunião informal com a Enfermeira coordenadora da UCI e, com a Enfermeira orientadora, foi reconhecida a importância e a necessidade de desenvolver esta temática no serviço. Aliás, esta necessidade já tinha sido reconhecida anteriormente, visto que em 2019, foi iniciada a elaboração de uma proposta de norma, para o serviço, sobre o *delirium* na UCI, contudo, devido às contingências relacionadas com a pandemia COVID-19, o processo foi interrompido. O interesse em desenvolver esta temática, já previamente manifestado, veio assim reforçar a importância do tema escolhido.

Assim sendo, a realização deste projeto tem por base a metodologia de projeto, que se define como,

“Investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. É constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, divulgação dos resultados (Relatório)” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Após validação do tema com a docente orientadora, para fortalecer o diagnóstico de situação, foi realizada uma análise SWOT (Apêndice I). Esta consiste num exercício de ordenamento por meio de um quadro subdividido em quatro quadrantes, constituídos por forças (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*), permitindo a confrontação entre fatores positivos e negativos identificados perante determinada situação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Com esta análise pretende-se identificar os fatores internos e externos que podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento do tema em estudo.

Tendo em conta esta realidade, os enfermeiros que exercem funções em UCI, devem estar despertos e reconhecer a importância de adquirir e consolidar conhecimentos sobre esta temática, de forma a melhorar as intervenções de enfermagem que contribuam para a prevenção, identificação, monitorização e tratamento do *delirium*, favorecendo a segurança do doente.

2. OBJETIVOS

“Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Deste modo, define-se como **objetivo geral**:

- Melhorar os cuidados de enfermagem na abordagem ao doente com *delirium* em contexto de UCI.

Como **objetivos específicos** são definidos os seguintes:

- Elaborar um artigo científico sobre o *delirium* na UCI para publicação;
- Elaborar uma proposta de protocolo do *delirium* na UCI;
- Elaborar documento sistematizador da temática (cartões de bolso) para fornecer à equipa de enfermagem;
- Realizar formação em serviço sobre o *delirium* na UCI;
- Divulgar os documentos desenvolvidos no âmbito do projeto à equipa multidisciplinar.

3. MEIOS E ESTRATÉGIAS

A realização da análise SWOT anteriormente mencionada permitiu uma reflexão sobre as estratégias a adotar e atividades a ser desenvolvidas.

Desta forma, para complementar o diagnóstico de situação, pretende-se aplicar um questionário aos enfermeiros do serviço, anónimo e de carácter voluntário, com o qual se visa uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem, bem como determinar a pertinência da temática (Apêndice II).

Pretende-se realizar pesquisa bibliográfica que permita reunir evidência científica recente sobre o *delirium* que sustente a elaboração do artigo científico, da proposta de protocolo e dos cartões de bolso.

A divulgação dos resultados trata-se de uma etapa importante de um Projeto, na medida em que dá a conhecer à população em geral e às diferentes entidades a pertinência do projeto, bem como o caminho percorrido na resolução de determinado problema, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria contínua dos cuidados prestados. Através da utilização de processos e recursos técnicos de comunicação, possibilita a transmissão de conhecimentos acerca dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica e tecnológica à população e profissionais, servindo de modelo para outros serviços e instituições (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Posteriormente à elaboração dos documentos mencionados (artigo, protocolo e cartões de bolso), estes serão apresentados e divulgados à equipa multidisciplinar, por meio de uma sessão formativa, sendo que, no final da sessão de formação será aplicado um questionário de avaliação da mesma.

A divulgação dos resultados sobre a temática será também realizada através do Relatório de Mestrado, onde será apresentada a análise dos objetivos e descrição de todo o trabalho desenvolvido.

A calendarização das atividades a desenvolver encontra-se descrita, em forma de cronograma, no Apêndice III.

3.1. Critérios de Inclusão/Exclusão

Para a realização deste projeto serão incluídos todos os enfermeiros da UCI onde se realiza o estágio final.

Serão excluídos os profissionais com outras funções ou categorias.

3.2. Amostra

A amostra deste estudo serão todos os enfermeiros da UCI, independentemente da formação académica, experiência no serviço ou nível de conhecimentos sobre a temática.

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Após aprovação do Conselho de Administração, prevê-se a aplicação de um questionário a todos os membros da equipa de enfermagem da UCI. Este será constituído por questões fechadas e está dividido em duas partes, com um total de 9 perguntas. Na primeira parte pretende-se uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa e a segunda parte consiste na determinação da pertinência da temática. O questionário é de carácter voluntário e será garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes e os dados obtidos serão apenas utilizados para os fins definidos no estudo.

Após a sessão de formação será também aplicado um questionário de avaliação da sessão que será posteriormente desenvolvido.

3.4. Questões Éticas

Objetiva-se a elaboração de um consentimento informado que será facultado aos enfermeiros que de livre vontade aceitem responder ao questionário. Salvaguarda-se que os dados fornecidos no questionário serão apenas utilizados no âmbito do projeto, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos (Apêndice IV).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burry, L., Hutton, B., Guenette, M., Williamson, D., Mehta, S., Egerod, I., . . . Rose, L. (2016). Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses. *BioMed Central*, pp. 1-8.
- DGS. (4 de Novembro de 2015). Obtido de Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, pp. 1-37.
- Ghaeli, P., Shahhatami, F., Zade, M. M., Mohammadi, M., & Arbabi, M. (22 de Março de 2018). Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. pp. 142-147.
- Mori, S., Takeda, J. R., Carrara, F. S., Cohrs, C. R., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (24 de Abril de 2016). Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 587-593.

Apêndice nº B: Questionário Aplicado aos Enfermeiros da UCI para Diagnóstico de Situação

QUESTIONÁRIO

Caro/a Colega,

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, encontro-me a realizar o Estágio Final, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). No decorrer deste estágio pretende-se desenvolver um Projeto de Intervenção sobre a “Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em UCI” com o objetivo de colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a estes doentes.

Para a elaboração deste Projeto de Intervenção torna-se necessário obter um diagnóstico de situação adequado, pelo que, solicito a colaboração no preenchimento deste questionário que será distribuído a todos os membros da equipa de enfermagem da UCI. As questões colocadas são questões fechadas pelo que não demorará mais de 10 minutos a realizar o questionário. Este está dividido em duas partes, com um total de 9 perguntas. Na primeira parte pretende-se uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa e a segunda parte consiste na determinação da pertinência da temática supracitada.

Agradeço desde já a atenção e contributo fundamental para a construção deste Projeto de Intervenção. Após o preenchimento do questionário poderá coloca-lo no gabinete da chefia de enfermagem.

PARTE I

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X) a(s) sua(s) opção(ões):

Género: ___ Idade: ___

Formação Académica:

Licenciatura ___ Pós-graduação ___ Especialidade ___ Mestrado ___ Doutoramento ___

Com exceção da licenciatura, se selecionou alguma das opções anteriores refira qual(ais) a(s) área(s): _____

1. Tempo de experiência profissional:

0 - 4 anos ___

5 - 9 anos ___

10 - 14 anos ___

15 ou mais anos ___

2. Qual o seu tempo de experiência profissional na prestação de Cuidados nos Cuidados Intensivos?

0 - 4 anos ___

5 - 9 anos ___

10 - 14 anos ___

15 ou mais anos ___

PARTE II

VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO

Por favor, assinale com uma cruz (X) a sua opção:

1. Considera o tema *Delirium* na UCI pertinente?

Sim ___ Não ___

2. Considera importante obter formação na área da avaliação à pessoa com *delirium*?

Sim ___ Não ___

3. Tem conhecimento sobre o Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-UCI)?

Sim ___ Não ___

4. Já teve formação sobre a abordagem à pessoa com *delirium*?

Sim ___ Não ___

5. Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre a temática do *delirium*?

Sim ___ Não ___

6. Considera relevante a implementação de um protocolo de atuação de *Delirium* na UCI?

Sim ___ Não ___

Muito Obrigado pela colaboração!

Enf.ª Bruna Trabuco

Apêndice nº C: Consentimento Informado para Aplicação do Questionário aos Enfermeiros da UCI

CONSENTIMENTO INFORMADO

Tema: Prevenção do *Delirium* no Doente Crítico em UCI

Identificação dos Investigadores:

Aluna: Bruna de Jesus Romeiro Trabuco

Contacto telefónico: 962614709 / Endereço Eletrónico: brunatrabuco@gmail.com

Enfermeira orientadora: Enfermeira Especialista [REDACTED]

Docente Orientadora: Professora Maria Antónia da Costa

Enquadramento: Eu, Bruna de Jesus Romeiro Trabuco, enfermeira com a cédula profissional nº 51192, a desempenhar funções no Centro Hospitalar de [REDACTED], E.P.E - [REDACTED], Serviço de Urgência Geral, encontro-me a realizar o Estágio Final, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), que decorre de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022. O estágio está inserido no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido com a parceria de cinco escolas, nomeadamente a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Explicação do estudo: De modo a conseguir avaliar a pertinência do tema deste Projeto de Intervenção torna-se fundamental o preenchimento deste questionário. Este projeto tem como objetivo contribuir para a segurança e melhoria dos cuidados prestados aos doentes com *delirium*, internados em contexto de UCI, através da elaboração de uma proposta de protocolo, que demonstre a importância do reconhecimento e diagnóstico precoce do *delirium*, bem como as intervenções relativas à sua prevenção e tratamento.

Confidencialidade e anonimato: Para o desenvolvimento do Projeto solicita-se aos enfermeiros deste serviço o preenchimento do questionário que se anexa. A sua participação é de carácter voluntário, não existindo quaisquer consequências pela recusa na participação do referido projeto. Será garantida a confidencialidade e o anonimato, não existindo a identificação de nenhum dos participantes, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das páginas. Os dados obtidos serão apenas utilizados para os fins definidos neste documento.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Por favor, leia com atenção este documento e se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Caso concorde em participar, por favor assine este documento.

Pede consentimento:

Assinatura: _____ Cédula Profissional nº: _____

Após ter lido este documento, considero ter compreendido e tomado conhecimento dos pressupostos do mesmo, bem como das informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador que acima assina. Foi-me assegurada a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem quaisquer consequências associadas.

Desta forma, declaro que aceito participar no preenchimento do questionário e dou permissão para a utilização dos dados por mim fornecidos voluntariamente, com a salvaguarda de que será assegurada a confidencialidade e anonimato dos mesmos e, que estes apenas serão utilizados para o intuito descrito neste documento.

Nome do Participante (completo e legível):

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Este documento é feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente.

Apêndice nº D: Cronograma de Atividades do Estágio Final

CRONOGRAMA

FASES	TEMPO	ANO/MÊS/QUINZENA															
		2021								2022							
		SET		OUT		NOV		DEZ		JAN		FEV		MAR		ABR	
		1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª
Diagnóstico de situação e definição de objetivos	Estágio final na UCI																
	Realização e entrega do Projeto de Estágio																
	Reunião com a enfermeira coordenadora do serviço, enfermeira orientadora e médica da UCI																
	Identificação da necessidade/ Diagnóstico de situação																
	Validação com a professora orientadora da necessidade identificada																
	Definição de objetivos geral e específicos																
Planeamento	Análise SWOT																
	Elaboração de proposta de projeto de intervenção e sua reformulação, se necessário																
	Elaboração do consentimento informado e do questionário para participação no estudo																
	Construção do cronograma do projeto																
	Envio da proposta de projeto de intervenção à Universidade de Évora e ao Conselho de Administração do Hospital																
	Execução	Pesquisa bibliográfica															
Entrega dos questionários à equipa de enfermagem																	
Recolha e tratamento dos dados do questionário																	
Realização do artigo científico																	
Construção da proposta de protocolo																	
Realização dos cartões de bolso sistematizadores da temática																	
Reunião com a enfermeira coordenadora e enfermeira e docente orientadora e para apreciação da proposta de protocolo desenvolvido																	
Reformulação dos documentos produzidos, se necessário																	
Divulgação do trabalho desenvolvido à equipa multidisciplinar, através de sessão de formação e entrega dos cartões de bolso																	
Avaliação		Avaliação dos objetivos definidos															
	Aplicação de questionário de avaliação da sessão formativa																
Divulgação dos Resultados	Divulgação da proposta de protocolo à equipa																
	Redação e entrega do Relatório de mestrado																

Apêndice nº E: Resumo do Artigo Científico com o Título “Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
5º MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

ARTIGO

“Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa”

Docente:

Professora Maria Antónia da Costa

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Bruna Trabuco, n.º 47912

JANEIRO, 2022

Autores

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco – Enfermeira na Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal (brunatrabuco@gmail.com)

Maria Antónia Rasa Correia Costa – Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja (antonia.costa@ipbeja.pt)

Prevenção e Tratamento do *Delirium* em Doentes Adultos Internados em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Revisão Integrativa

Resumo

Objetivo: O objetivo desta revisão integrativa foi sistematizar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem a prevenção e o tratamento do *delirium* em pessoas adultas internadas em Unidade de Cuidados Intensivos.

Métodos: Revisão integrativa segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada durante o mês de novembro de 2021 e incluiu todo o tipo de publicações sobre o tema disponíveis na EBSCO, B-on e Pubmed, com texto integral disponível, em todas as línguas, entre 1 de janeiro de 2015 e dezembro de 2021.

Resultados: Foram incluídos 8 artigos na revisão os quais destacam a importância da implementação de protocolos de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium* em Unidade de Cuidados Intensivos que promovam a identificação dos doentes mais vulneráveis. Os doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos devem ser monitorizados rotineiramente, com instrumentos validados, nomeadamente o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*, relativamente à presença de *delirium*. Após a identificação dos doentes de risco devem ser aplicadas medidas preventivas, preferencialmente intervenções não farmacológicas. Estas medidas contribuem para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados bem como para a redução da incidência de *delirium*.

Conclusões: O *delirium* é uma complicação comum em Unidades de Cuidados Intensivos, com impacto negativo nos doentes, familiares, profissionais de saúde e instituições de saúde pelo que, a sua identificação, prevenção e tratamento é fundamental para reduzir a sua incidência e duração.

Descritores: Cuidados Intensivos; *Delirium*; Prevenção

Apêndice nº F: Manual com o Título “Prevenção e Tratamento do *Delirium* na UCI”

MANUAL

Prevenção e Tratamento do *Delirium* na UCI



Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Médico-Cirúrgica. A Pessoa em
Situação Crítica

Docente: Prof. Maria Antónia Costa

Enfermeira orientadora: **Patrícia Carvalho**

Aluna: Bruna Trabuço

Janeiro 2022

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fisiopatologia do <i>delirium</i> na UCI	8
Figura 2. Intervenções precoces para prevenção do <i>delirium</i> na UCI	11
Figura 3. <i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i> (RASS)	12
Figura 4. <i>Confusion Assessment Method for the ICU</i> (CAM-ICU)	14
Figura 5. Esquema de avaliação do <i>delirium</i> com a CAM-ICU	15
Figura 6. <i>Bundle ABCDEF</i>	25
Figura. 7 Estratégias baseadas em evidências para prevenção e tratamento de <i>delirium</i> na UCI	28
Figura 8. Protocolo de Gestão do <i>Delirium</i>	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Fatores de Risco para <i>Delirium</i> na UCI	9
--	---

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAM – Método de Avaliação da Confusão

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the ICU*

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5*

REM – *Rapid Eye Movement*: "Movimento Rápido dos Olhos"

PAD – *Pain, Agitation and Delirium*

PADIS – *pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption*

RASS – *Richmond Agitation and Sedation Scale*

SNC – Sistema Nervoso Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
1.DEFINIÇÃO DE <i>DELIRIUM</i>	6
2.EPIDEMIOLOGIA/INCIDÊNCIA	7
3.PROGNÓSTICO	7
4.FISIOPATOLOGIA	8
5.FATORES DE RISCO	9
6.CAUSAS DO <i>DELIRIUM</i>	10
7.DIAGNÓSTICO DO <i>DELIRIUM</i> NA UCI	11
7.1.Fases de Avaliação da CAM-ICU	13
8.PREVENÇÃO DO <i>DELIRIUM</i>	16
8.1.Escolha da Sedação e Desenvolvimento de <i>Delirium</i>	18
9.TRATAMENTO DO <i>DELIRIUM</i>	19
9.1.Tratamento Farmacológico	20
9.2.Tratamento Não-farmacológico	22
9.2.1.Mobilização Precoce	22
9.2.2.Higiene do sono	23
9.2.3.A <i>Bundle</i> de cuidados ABCDEF	24
10.PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DO <i>DELIRIUM</i> NA UCI	28
11.CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

Apêndice nº G: Proposta de Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

1. DEFINIÇÃO

O *delirium* é definido no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-5) como uma perturbação da consciência caracterizada por um início súbito, geralmente horas a dias, e um curso flutuante da atenção ao longo do dia, acompanhado por uma alteração na percepção e cognição. O *delirium* prejudica a capacidade do doente de receber, processar, armazenar e recordar informações.

O *delirium* é comum nos doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo que, quando submetidos a ventilação mecânica e sedação, até 80% destes, desenvolvem esta complicação. O desenvolvimento deste distúrbio está associado a resultados negativos na evolução clínica do doente crítico, tais como, aumento do tempo de internamento, aumentando assim os custos e complicações associadas, maior possibilidade de ocorrência de eventos adversos e aumento da mortalidade. Cada dia adicional de *delirium* está associado a um aumento de 10% do risco de morte.

A alta taxa de ocorrência do *delirium* em doentes críticos e as suas consequências demonstram que este deve ser considerado um grave problema de saúde. Diariamente, em contexto de UCI, os profissionais de saúde identificam alterações comportamentais apresentadas pelos doentes. Diante disso, destaca-se a importância e a necessidade, do reconhecimento dos fatores de risco para desenvolver *delirium*, em doentes internados em UCI, bem como, da identificação precoce do *delirium*, através de instrumentos válidos, de forma a investir na prevenção, reduzindo a sua frequência e complicações.

O *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-UCI) tem sido amplamente utilizado para a identificação do *delirium* em doentes internados em UCI, sendo uma ferramenta de fácil aplicação.

Tendo em conta esta realidade, o objetivo deste protocolo é destacar a importância de adquirir e consolidar conhecimentos sobre esta temática, de forma a melhorar as intervenções dos profissionais de saúde, que exercem funções na UCI, relativamente à

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

prevenção, identificação, monitorização e tratamento do *delirium*, favorecendo a segurança e o *outcome* dos doentes.

2. SIGLAS

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the ICU*.

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*.

UCI – *Unidade de Cuidados Intensivos*

3. DIAGNÓSTICO

A maioria dos casos de *delirium* na UCI permanecem sem diagnóstico. Mesmo profissionais experientes, diagnosticam menos de um terço dos casos de *delirium*, quando não utilizam uma ferramenta diagnóstica adequada.

Para o diagnóstico de *delirium* deve-se, primeiramente, realizar uma avaliação da condição cognitiva basal do doente. É o declínio cognitivo, traduzido pela redução do score, que deverá alertar os profissionais de saúde para a necessidade da realização de um rastreio de *delirium* com instrumentos diagnósticos. Deverá ser aplicado um instrumento diagnóstico de *delirium*, sendo o *CAM-ICU*, considerado adequado para utilizar em UCI e atualmente está validado na versão portuguesa.

A avaliação do *delirium* só é possível em doentes que respondem à voz, pelo que, além de uma ferramenta de avaliação do *delirium*, é também necessário avaliar o nível de consciência, sendo a *Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)* a escala recomendada para essa finalidade.

A avaliação do *delirium* deve ser realizada pelo menos uma vez durante cada turno de enfermagem, ou seja, a cada 8-12 horas e sempre que alguma alteração no estado clínico do doente for observada bem como, a avaliação dos fatores de risco no momento da admissão e durante as primeiras 24h de internamento.

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

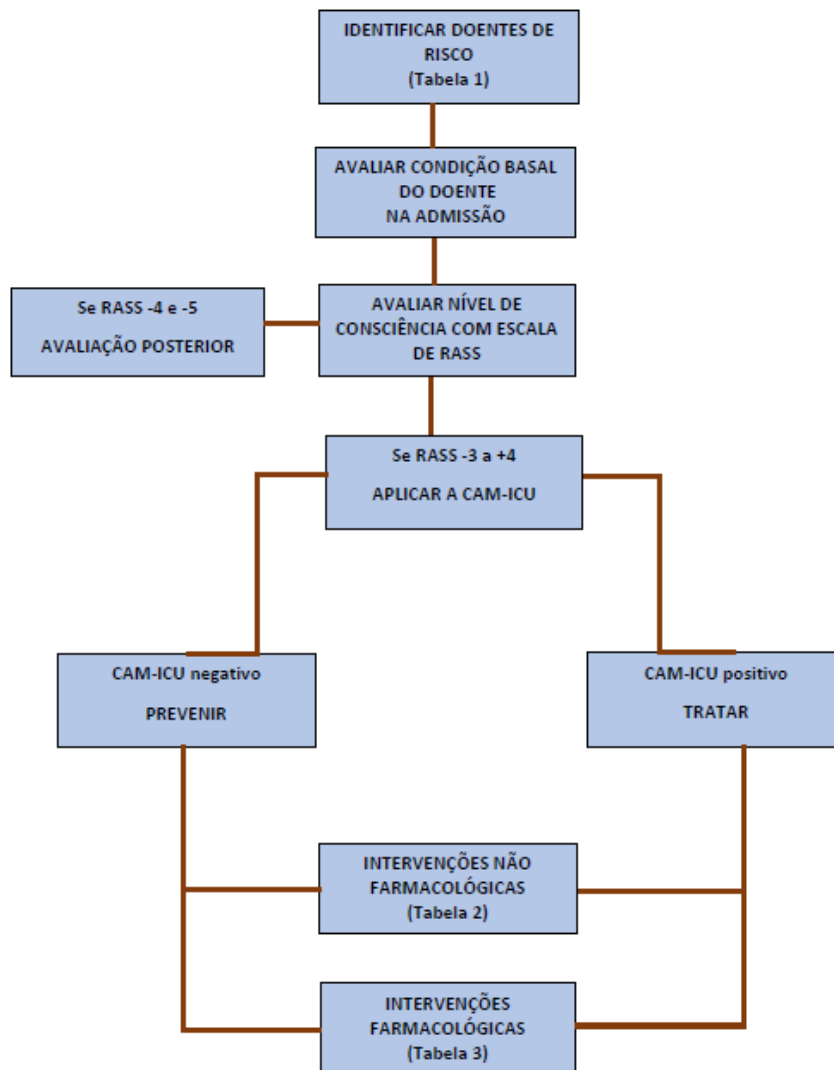
4. PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Grande parte dos doentes internados em UCI desenvolvem *delirium*, em particular aqueles que têm fatores de risco na admissão. Embora, muitos desses fatores de risco serem não modificáveis (fatores predisponentes), várias estratégias preventivas demonstraram reduzir a incidência de *delirium* na UCI.

A “*Bundle ABCDE*” demonstrou ser eficaz na redução da incidência do *delirium* e na percentagem de dias com *delirium* em UCI.

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

5. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO DELIRIUM



Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

6. ANEXOS

Tabela 1. Factores de risco para *delirium* na UCI

FATORES PREDISPOANTES	FATORES PRECIPITANTES	
	Distúrbios que precipitam o desenvolvimento de <i>delirium</i>	Drogas que precipitam o desenvolvimento de <i>delirium</i>
Idade avançada	Distúrbios metabólicos	Benzodiazepinas
História de distúrbios cognitivos	Desequilíbrios iónicos	Opióides (morfina)
Comorbilidades	Hipotensão	Medicamentos anticolinérgicos
Hábitos alcoólicos ou tóxicos	Sépsis	Corticoides
Gravidade da doença subjacente	Gestão inadequada da dor	Sedação profunda
	Ventilação mecânica	
	Distúrbios do sono	
	Cirurgias complicadas (cirurgia abdominal, cirurgia cardíaca, fratura do fémur)	

Tabela 2. Intervenções Não-farmacológicas

Mobilização precoce (três vezes dia, durante 30 minutos de cada vez, realizando exercícios ativos, sentar na cama, levantar para cadeirão e marcha)
Promover um descanso noturno adequado (reduzir, ao máximo, as intervenções noturnas, facultar tampões de ouvidos e máscaras oculares de dormir, se adequado)
Estimulação sensorial (facultar aparelhos auditivos e óculos, quando aplicável)
Melhorar o ambiente físico (limitação do ruído, exposição à luz natural, adequar a temperatura ambiente)
Promover orientação do doente (tratar doente pelo seu nome, informar sobre a sua condição clínica, reorientar no tempo e espaço, facultar jornais e música, ter relógios em zonas visíveis)
Promover o envolvimento familiar (modelo de visitas alargado)
Remover cateteres e restrições físicas assim que possível

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

Tabela 3. Intervenções Farmacológicas
Evitar medicação que precipita o <i>delirium</i>
Se necessário considerar:
- Antipsicóticos típicos (haloperidol)
- Antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina e risperidona)
- Agonista alfa-2 seletivo (dexmedetomidina)
Minimizar sedação
Gerir dor

Figura 1. *Bundle* ABCDEF



Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

Figura 2. *Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)*

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cabederos, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos desproporcionados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Bonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Thuman B, Sittler A, et al. Measuring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983.

Figura 3. CAM-ICU, traduzida para Português



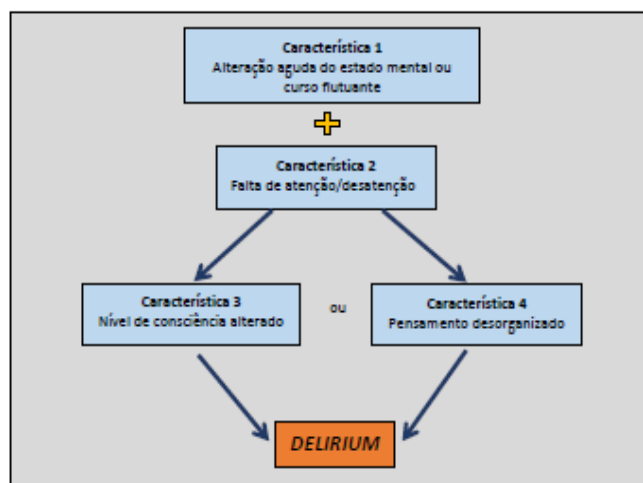
Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

Critérios/características da CAM-ICU para avaliar o *delirium*:

- 1) Na alteração aguda do estado mental ou curso flutuante os doentes com *delirium* manifestam mudanças repentinas e/ou flutuações do seu estado mental comparativamente ao seu estado basal. O estado mental basal é entendido como o estado mental anterior ao internamento, em muitos casos, é solicitada à família uma avaliação do doente ou os dados são obtidos do historial médico do doente;
- 2) Falta de atenção/desatenção: O estado de alerta é o nível básico que permite ao doente consciente reagir aos vários estímulos ambientais. A pessoa que está alerta, mas desatenta, reage a todos os sons ou movimentos, por sua vez, a pessoa que está atenta é capaz ignorar estímulos irrelevantes;
- 3) O nível de consciência alterado pode ser avaliado pela escala RASS, sendo que, doentes com *delirium* apresentam níveis de consciência alterados.
Quando as características 1) e 2) estão ausentes, não é necessário verificar a característica 3). Considera-se um nível de consciência alterado quando o nível de consciência é diferente de RASS = 0 (alerta e calmo);
- 4) O pensamento desorganizado é mais complexo de avaliar, comparativamente às outras características, em doentes que não podem falar, sendo baseado na avaliação, por vezes subjetiva, do avaliador. A entubação, ventilação mecânica e perda de funções motoras limitam a capacidade de cooperação da maioria dos doentes em UCI, portanto, a CAM-ICU baseia-se em perguntas e comandos simples. Quando as características 1) e 2) estão ausentes, não é necessário avaliar esta característica. Considera-se a presença de pensamento desorganizado quando se constata mais de um erro em ambas as respostas às perguntas e respostas aos comandos.

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

Figura 2. Esquema de avaliação do delirium com a CAM-ICU.



7. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Balas, M., Vasilevskis, E., Olsen, K., Burke, W., Gannon, D., MZ, C., et al. (2013). Implementing the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle into everyday care: opportunities, challenges, and lessons learned for implementing the ICU Pain, Agitation, and Delirium Guidelines. *Crit Care Med*, pp. 116-127.

Burry, L., Hutton, B., Guenette, M., Williamson, D., Mehta, S., Egerod, I., Rose, L. (2016). Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent

Protocolo de Atuação no *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos

delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses. *BioMed Central*, pp. 1-8.

Ghaeli, P., Shahhatami, F., Zade, M. M., Mohammadi, M., & Arbabi, M. (22 de Março de 2018). Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. pp. 142-147.

Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (Dezembro de 2016). Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment. *American Society of Anesthesiologists*, pp. 1229–1241.

Kotfis, K., Marra, A., & Ely, E. W. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge. *Anaesthesiol Intensive Ther*, pp. 128-140.

Luetz, A., Heymann, A., Radtke, F., Chenitir, C., Neuhaus, U., Nachtigall, I., et al (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use? *Crit Care Med*, pp. 409-418.

Mori, S., Takeda, J. R., Carrara, F. S., Cohrs, C. R., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (24 de Abril de 2016). Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 587-593.

Park, S. Y., & Lee, H. B. (2019). Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *ACC*, pp. 117-125.

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (Janeiro de 2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 51-58.

Apêndice nº H: Plano da Sessão de Formação com o Tema “*Delirium* na UCI”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da sessão	Delirium na UCI
Duração	1 hora
Público-alvo	Profissionais de saúde que exercem funções na UCI
Local	UCI
Data e hora	25 de janeiro de 2022 às 14:30
Formador	Bruna Trabuco

Objetivos	Fases	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades	Tempo (minutos)	Avaliação
Geral: Desenvolver conhecimentos sobre o <i>Delirium</i> em contexto de UCI	Introdução	- Apresentação do formador; - Objetivos da sessão.	Expositivo	Computador	Metodologia expositiva dos conteúdos suportada por documentação em formato digital	2 minutos	Instrumento de avaliação da sessão da instituição.

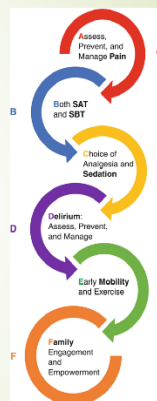
Específicos: - Conhecer a designação e tipos de <i>delirium</i> ; - Reconhecer a incidência, fisiopatologia, causas e fatores de risco do <i>delirium</i> na UCI; - Conhecer as intervenções a aplicar na prevenção e gestão do <i>delirium</i> ; - Conhecer a proposta de protocolo de atuação no <i>delirium</i> na UCI; - Refletir sobre o impacto do <i>delirium</i> .	Desenvolvimento	- Definição de <i>delirium</i> ; - Tipos de <i>delirium</i> ; - Incidência do <i>delirium</i> ; - Fisiopatologia do <i>delirium</i> ; - Causas do <i>delirium</i> ; - Fatores de risco para desenvolver <i>delirium</i> ; - Diagnóstico de <i>delirium</i> ; - Prevenção e gestão do <i>delirium</i> : Bundle ABCDEF, Intervenções não farmacológicas e farmacológicas; - Proposta de protocolo de atuação no <i>delirium</i> .	Expositivo	Computador	Metodologia expositiva dos conteúdos suportada por documentação em formato digital	45 minutos	
	Conclusão	- Síntese/conclusão da sessão.	Expositivo	Computador	Metodologia expositiva dos conteúdos suportada por documentação em formato digital	5 minutos	

Apêndice nº I: Diapositivos da Sessão de Formação com o Tema “*Delirium* na UCI”

DELIRIUM NA UCI



Bruna Trabuço | N° 47912



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver conhecimentos sobre o Delirium em contexto de UCI



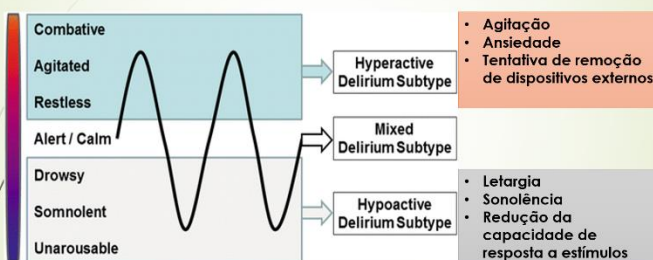
ESPECÍFICOS:

- Conhecer a designação e tipos de delirium;
- Reconhecer a incidência, fisiopatologia, causas e fatores de risco do delirium na UCI;
- Conhecer as intervenções a aplicar na prevenção e gestão do delirium;
- Dar a conhecer a proposta de protocolo de atuação no delirium na UCI;
- Refletir sobre o impacto do delirium na UCI.

DEFINIÇÃO



TIPOS DE DELIRIUM



INCIDÊNCIA

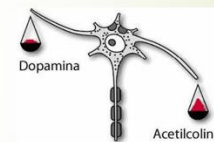
- O *delirium* é comum nos doentes internados em UCI;
- Cerca de 80% dos doentes submetidos a VMI e sedação desenvolvem *delirium*;
- Cada dia adicional de *delirium* está associado a um aumento de 10% do risco de morte;
- 70% dos doentes que desenvolvem *delirium* quando submetidos a VMI apresentam, após um ano da alta, uma deficiência cognitiva de longo prazo.



- O *delirium* está associado a resultados negativos na evolução clínica dos doentes:
 - ✗ Aumento do tempo de internamento;
 - ✗ Aumento dos custos e complicações associadas/eventos adversos;
 - ✗ Aumento da mortalidade.

FISIOPATOLOGIA

- O *delirium* é multifatorial;
- Os sintomas do *delirium* surgem da expressão de anomalias de diversas vias neurológicas e sistemas de neurotransmissão, em diferentes áreas do cérebro, não existindo provavelmente uma via única comum.



Atualmente, a teoria mais aceite é a da diminuição da atividade colinérgica acompanhada de aumento dopaminérgico.

FATORES DE RISCO

FATORES PRECIPITANTES

DISTÚRBIOS

- Distúrbios metabólicos ou desequilíbrios iónicos;
- Hipotensão;
- Sepsis;
- Gestão inadequada da dor;
- VMI;
- Distúrbios do sono;
- Cirurgias major (cirurgia abdominal, cirurgia cardíaca).

MEDICAÇÃO

- Benzodiazepinas;
- Opióides (morfina);
- Anticolinérgicos;
- Corticoides;
- Sedação profunda.

FATORES PREDISONENTES

- Idade avançada;
- Distúrbios cognitivos prévios;
- Comorbilidades;
- Hábitos alcoólicos ou tóxicos;
- Gravidade da doença subjacente.

DIAGNÓSTICO



- A maioria dos casos de *delirium* na UCI permanecem sem diagnóstico;
- *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)* é considerado adequado para utilizar em UCI.

RASS

- Avaliar a condição cognitiva basal do doente.
- Avaliar nível de consciência com escala de RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos desproporcionados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - By E. Thomas, Shivanji et al. Identifying Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). ANA. 2003;28(12):2380-2391. doi:10.1093/ana/28.12.2380

CAM-ICU

1. Alteração aguda do estado mental ou curso flutuante

2. Falta de atenção



3. Nível de consciência alterado

4. Pensamento desorganizado

CAM-ICU

Método de avaliação da confusão mental na UTI
(Confusion Assessment Method in the ICU – CAM-ICU)

Delirium = 1 + 2 + 3 ou 4

1 - Início agudo ou curso flutuante
O paciente tem alguma mudança aguda no estado mental em relação ao que ele seria?
Ou o doente teve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas?

Sim → Próximo passo
Não → Pare Não há Delirium

2 - Inatenção
Lê as seguintes letras: "E V E A H A A R T" e peça para o paciente apontar a sua mão esquerda quando ouvir a letra "A".
Paciente aponta quando ouvir outra letra que não a "A".

3 erros → Pare Não há Delirium
2 ou menos erros → Próximo passo

3 - Nível de consciência alterado (atual RASS)
Se RASS for 0 prossiga para o próximo passo.
Se RASS ≠ 0 → Pare Paciente está com Delirium

4 - Pensamento desorganizado
1. Uma panela flutua na água? (ou: uma folha flutua na água?)
2. No meu lado direito? (ou: no meu lado esquerdo?)
3. Uma 1kg pesa mais que 2kg? (ou: 2kg pesam mais que 1kg?)
4. Você pode usar um martelo para cortar madeira?
5. Comando: Diga ao paciente: "Levante estas dedos" (o examinador levanta 2 dedos na frente do paciente).
"Agora faça a mesma coisa com a outra mão" (o examinador não deve repetir o número de dedos).
Se o paciente é incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte peça para o paciente levantar um dedo à mão.

2 ou mais erros → Pare Paciente está com Delirium
1 erro → Próximo passo

Se RASS = -4 ou -5 (-3 até +4) PARE
Reavale o paciente depois

Translated into Portuguese (Brazil) by Dr. Jorge Salluh, MD and Dr. Lara Vilad, MD ©2007





THINK

T	Toxic situations (eg, opioid, benzodiazepine, or alcohol withdrawal; congestive heart failure; shock; dehydration)
H	Hypoxemia
I	Infection and immobilization
N	Nonpharmacologic interventions such as good sleep hygiene and reorientation
K	K ⁺ (potassium) or electrolyte problems

- Condições **T**óxicas (Insuficiência cardíaca congestiva, choque, desidratação, insuficiência de novo (hepática, renal);
- **H**ipoxémia;
- **I**nfeções/sépsis, **I**mobilização;
- **I**ntervenções **N**ão farmacológicas;
- **D**istúrbios de **K**⁺ ou outros eletrólitos, distúrbios metabólicos

MEDICAÇÃO (EM ÚLTIMO)

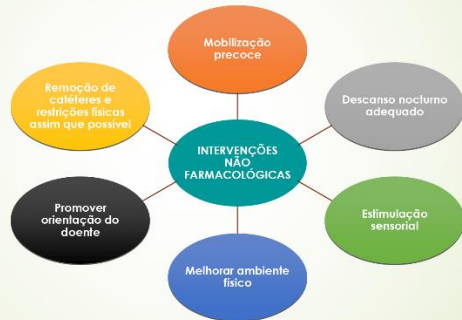
O tratamento farmacológico do delirium na UCI ainda é principalmente com base na experiência clínica, pois há pouca evidência de qualidade da sua eficácia.

Bundle ABCDEF

- A** Avaliação, prevenção e gestão da dor
 - Identificação precoce da dor.
 - Utilização de NPS para avaliação da dor.
 - Garantia de um tratamento adequado da dor.
- B** Treino de despertar e reanimação espontânea
 - Treino diário de despertar e reanimação espontânea.
 - Coordenação multidisciplinar dos cuidados.
 - Atividade não verbal de mobilização específica precoce.
- C** Escala de sedação e analgesia
 - Quando necessário a taxa de sedação, manter a sedação baixa.
 - Doses e formulações.
 - Utilizar questionários nos casos de alta risco de desenvolver delírium.
- D** Avaliação, prevenção e gestão do delírium
 - Avaliação segundo o CAM-ICU.
 - Implementação de medidas não farmacológicas.
 - Utilizar questionários nos casos de delírium hipotético.
- E** Mobilização precoce
 - Condições e amplitude física para o período de horas de despertar/retorno de sedação.
 - Ativar progressivamente a magnitude dos movimentos, de equilíbrio, das atividades de vida diária.
- F** Envolvimento familiar
 - Reorientação.
 - Estimulação cognitiva (memória de suporte emocional).
 - Participação na mobilização.

Demonstrou ser eficaz na redução da incidência de delírium e na redução nos dias com delírium.

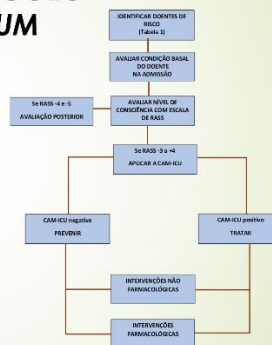
INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS



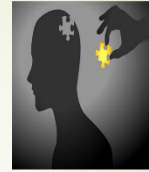
INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO DELIRUM



CONCLUSÕES



- O delírium é uma complicação comum na UCI, com impacto negativo nos doentes, familiares, profissionais de saúde e instituições pelo que, a sua identificação, prevenção e tratamento é fundamental para reduzir a sua incidência e duração;
- Os doentes internados em UCI devem ser monitorizados rotineiramente, com instrumentos validados, nomeadamente a CAM-ICU, relativamente à presença de delírium;
- Os profissionais de saúde devem reconhecer os fatores de risco associados ao delírium e atuar preventivamente;
- A prevenção inclui múltiplas intervenções, nomeadamente as descritas na *Bundle ABCDEF*, que tem demonstrado ser eficaz na redução da incidência do delírium, associadas a tratamento farmacológico, se necessário;
- O enfoque não deve ser o tratamento uma vez que a estratégia deve ser baseada em medidas preventivas usando, preferencialmente, intervenções não farmacológicas.



DELIRIUM IN THE ICU

OBRIGADA PELA DISPONIBILIDADE

Dúvidas?



REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosical and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Balas, M., Vasilevskis, E., Olsen, K., Burke, W., Gannon, D., MZ, C., . . . al., e. (2013). Implementing the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle into everyday care: opportunities, challenges, and lessons learned for implementing the ICU Pain, Agitation, and Delirium Guidelines. *Crit Care Med*, pp. 116-127.
- Burry, L., Hutton, B., Guenette, M., Williamson, D., Mehta, S., Egerod, I., . . . Rose, L. (2014). Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses. *BioMed Central*, pp. 1-8.
- DAS-Taskforce, et al. (2015). Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) – short version. GMS.
- Ghaeli, P., Shahhatami, F., Zade, M. M., Mohammadi, M., & Arbabi, M. (22 de Março de 2018). Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. pp. 142-147.

REFERÊNCIAS

- Koffis, K., Marra, A., & Ely, E. W. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge. *Anaesthesiol Intensive Ther*, pp. 128-140.
- Mori, S., Takeda, J., Carrara, F., Cohrs, C., Sueko, S., Zanei, V., & IY, W. (2016). Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 585-591.
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., & Ely, E. W. (2006). Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients. *The American Geriatrics Society*, pp. 479-484.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (Janeiro de 2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 51-58 .
- Salluh, et al. (2010). Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Critical Care*.
- Serafim, R., Bozza, F., Soares, M., Emanuel, P. A., R.Tura, B., Ely, W., & Salluh, J. I. (2015). Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care patients: A systematic review. *Journal of Critical Care*, pp. 799-807.

Apêndice nº J: Póster “Triagem em Catástrofe: a Importância da Formação e Treino dos Profissionais de Saúde”

TRIAGEM EM CATÁSTROFE

A importância da formação e treino dos profissionais de saúde

INTRODUÇÃO

Catástrofe é um acontecimento súbito, geralmente imprevisível, que se define como "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vitimas, afetando profundamente as condições de vida e o tecido socioeconómico" (Lei de Bases da Proteção Civil n.º 27/2006).

A triagem, palavra derivada do francês trier, que significa escolher, classificar, selecionar, é um sistema que permite às equipas de emergência, racionalizar os recursos existentes de forma a conseguir salvar o máximo de vidas possível (JNEM, 2012).

O crescente aumento e a intensidade de catástrofes em todo o mundo, enfatiza a necessidade de formação dos profissionais de saúde, de modo a que estejam preparados e habilitados a responder de forma competente, rápida e eficaz, contribuindo positivamente nestes contextos, de forma a reduzir o seu impacto (Loki, Guo & Molassiotis, 2021).

OBJETIVO

Determinar a importância da formação/treino dos profissionais de saúde em triagem em contexto de catástrofe.



METODOLOGIA

A elaboração desta revisão sistemática da literatura pretende responder à questão: "Qual a importância da formação/treino dos profissionais de saúde em triagem de catástrofe?" Neste sentido, realizou-se uma pesquisa no mês de março de 2021 na base de dados EBSCO e B-On, utilizando os seguintes descritores: "Catástrofe" AND "catástrofe" AND "Disaster" (Desastre) AND "Disaster Team" (Equipa de Desastre) AND "Triage" (triagem) AND "Plano de Emergência" AND "Triage" (Triagem), os quais foram validados e confirmados na plataforma DeCS, referente aos Descritores em Ciências da Saúde. Os critérios definidos para a seleção de artigos foram: todo o tipo de publicações com acesso integral sobre o tema, em todas as línguas, publicados no período entre 2015- 2021.



From: Horta C, Jaramil V, Mouton L, Jaramil G. The Medical Student COVID-19 Disaster Response Role Simulator: Protocol for the Medical Simulation Platform. *JMIR Publications*. 2020;15(12):e20207. doi:10.2196/20207

RESULTADOS

Segundo Dittmar et al. 2018, no estudo observacional com o título "Primary mass casualty incident triage: evidence for the benefit of yearly brief re-training from a simulation study", tem como principais resultados:

- As competências em triagem de catástrofe diminuíam de 91 para 50%, após um ano da formação inicial e aumento após o treino para 89%.
- Uma breve recapitulação de 45 minutos demonstra ser suficiente para restaurar as competências críticas de triagem.
- A formação em triagem deve ser atualizada anualmente.
- Segundo Araújo et al. 2019, no estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa com o título "O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar", tem como principais resultados:
 - A qualificação das equipas e a experiência prévia são fatores, primordiais, diretamente relacionados com o sucesso na assistência em situações de incidentes com múltiplas vítimas.
 - 73% dos participantes declararam sentir limitações quanto à atuação em catástrofe. Apenas 17% possuiu formação específica na área.
 - Deve haver um investimento na formação nesta área, através de projetos pedagógicos estruturados.
 - A formação dos profissionais de saúde em catástrofe deve ser iniciada em contexto académico.
- Segundo Goniewicz et al. 2021, no estudo transversal com o título "The importance of pre-training gap analysis and the identification of competencies and skill requirements of medical personnel for mass casualty incidents and disaster training", tem como principais resultados:
 - Apenas 46,5% dos profissionais receberam formação em catástrofe.
 - Profissionais de saúde familiarizados com os procedimentos a adotar em acidentes com múltiplas vítimas afirmam saber como proceder nestas situações.
 - 99,25% dos profissionais considera que a instituição deve promover formação em catástrofe. 96,26% regista que esta deve ter carácter obrigatório.
 - Uma avaliação pré-treino deve ser realizada antes de qualquer formação para identificar necessidades de conhecimento, de forma a deconstruir e padronizar a formação.
 - A formação em catástrofe deve ser atualizada em intervalos de tempo regulares.

Segundo Pouraghaj et al. 2017, no estudo Quase Experimental com utilização de Pré-teste e Pós-teste com o título "The Effect of Short Triage Education on Knowledge and Practice of Emergency Medical Technicians in Disasters", tem como principais resultados:

- Cursos de formação sobre a importância, necessidade e procedimento da triagem têm uma grande influência na melhoria dos conhecimentos e desempenho dos profissionais de saúde.
- Segundo Campos, André 2015, no estudo exploratório descritivo baseado em pesquisa bibliográfica com o título "Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes", tem como principais resultados:

DISCUSSÃO

Os incidentes com múltiplas vítimas são eventos imprevisíveis que exigem um planeamento e gestão dos recursos disponíveis, de forma a garantir a melhor atuação possível (Araújo et al., 2019). A formação e o treino são a base para o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção (Campos, 2015), sendo a qualificação das equipas e a experiência prévia fatores determinantes para o sucesso na assistência em catástrofe (Araújo et al., 2019). A medicina de catástrofe é uma área pouco explorada na formação dos profissionais de saúde, devendo ser iniciada durante a formação académica (Araújo et al., 2019). O treino através de simulacros e a partilha de experiências permitem a identificação de lacunas, bem como de aspetos com potencial de melhoria (Campos, 2015). Os profissionais de saúde sentem limitações na atuação em eventos com múltiplas vítimas, estando um défice de conhecimento e competência na gestão de catástrofe, o qual é atribuído à insuficiente formação específica neste âmbito (Araújo et al., 2019) (Goniewicz et al., 2021). Os profissionais consideram que as instituições devem promover formação em catástrofe, devendo esta ser de carácter obrigatório (Goniewicz et al., 2021). No planeamento da formação, a experiência profissional assume particular relevo, sendo o tempo de serviço proporcional à avaliação que os mesmos fazem da sua própria preparação e da instituição na resposta a incidentes com múltiplas vítimas (Goniewicz et al., 2021) (Araújo et al., 2019). Uma avaliação pré-treino permite adequar e dirigir a formação às necessidades dos profissionais, progredindo de níveis mais básicos de conhecimentos e competências até aos níveis mais avançados (Goniewicz et al., 2021). Os profissionais de saúde com formação e treino sobre os procedimentos a adotar em contexto de catástrofe, planos de emergência e liderança de equipas consideram-se mais aptos, habilitados e confiantes para dar uma resposta rápida e eficaz (Goniewicz et al., 2021). O treino para incidentes com múltiplas vítimas deve ser atualizado em intervalos de tempo regulares (Goniewicz et al., 2021) (Pouraghaj et al., 2017) (Campos, 2015). A qualidade dos procedimentos de triagem em catástrofe diminui significativamente após 1 ano da formação inicial, sendo uma breve revisão e repetição de treino de 45 minutos suficiente para restaurar estas competências práticas, recomendando-se que a mesma seja atualizada anualmente (Dittmar, 2018).

CONCLUSÃO

A formação sobre a importância, necessidade e procedimentos de triagem em catástrofe é crucial para uma melhoria dos conhecimentos e do desempenho dos profissionais de saúde, traduzindo-se numa maior habilidade e eficácia na atuação neste contexto. É urgente assim, a necessidade de desenvolver projetos pedagógicos baseados em evidência científica, aliados ao treino de técnicas e procedimentos de triagem em situação de

REFERÊNCIAS

Araújo, A., Gonçalves, C., Silva, A., Sousa, A., & Silva, J. (2019). Conhecimento e aplicação dos métodos de triagem em situações de emergência com múltiplas vítimas. *Revista Médica*, 18(1), 20-26.

Campos, A. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Universidade Nova de Lisboa, 2015.

Campos, A., & Silva, J. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Universidade Nova de Lisboa, 2015.

Campos, A., & Silva, J. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Universidade Nova de Lisboa, 2015.

Campos, A., & Silva, J. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Universidade Nova de Lisboa, 2015.

Campos, A., & Silva, J. (2015). *Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médicos, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes*. Universidade Nova de Lisboa, 2015.

Bruno Trindade | Enfermeiro no Serviço de Urgência Care do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal
Isabel Bastos | Enfermeira no Serviço de Urgência Care do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal
Isabel Silva | Enfermeira no Serviço de Urgência Care do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal
Isabel Martins | Enfermeira no Serviço de Urgência Care do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal
Marlene Pereira | Professora Adjunta de Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

ANEXOS

Anexo nº A: Autorização do Conselho de Administração para Aplicação do Questionário aos Enfermeiros da UCI



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Autorização
Opades
22.11.21

NOTA DE SERVIÇO

DESPACHO

PARA: Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.
DE: Sr. Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

19-11-2021

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo "Prevenção do Delirium no doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos", a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro

O estudo em epigrafe é um estudo académico, Mestrado, institucional, cujo a Investigadora Principal é a Dra. Bruna de Jesus Romeiro Trabuço, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos do (ver anexo e processo devidamente instruído).

O Estudo teve o parecer favorável do Exmo.

O Estudo no entendimento da Comissão de Ética(CES), a passagem de questionários anónimos a não doentes não requer análise da Comissão de Ética(CES), intregando-se o questionário em epigrafe nos casos que não necessitam de revisão.

Este estudo tem como principal objectivo realizar um questionário aos profissionais de saúde na Unidade de Cuidados Intensivos do cujo os resultados visam contribuir para o objectivo geral "Melhorar os cuidados de enfermagem na abordagem ao doente com Delirium em contexto de UCI".

À consideração superior,

[Handwritten signature]
[Redacted signature area]

ACTA N° *43/21*

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt

www.chs.min-saude.pt

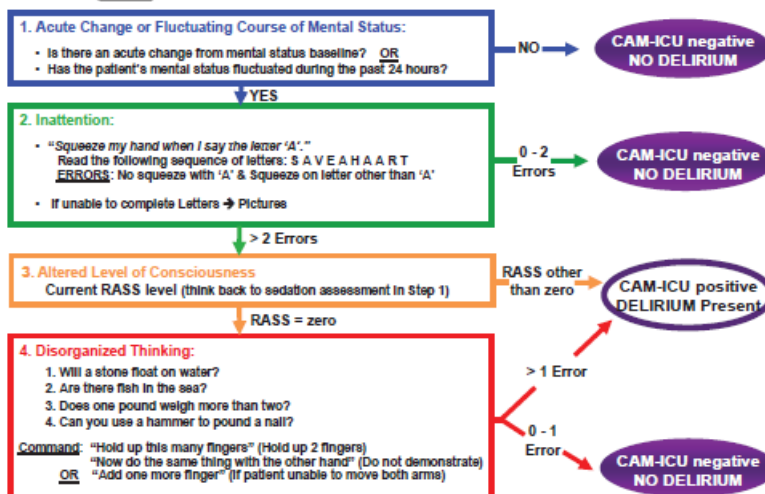
Anexo nº B: Cartões de Bolso (*pocketcards*) Distribuídos aos Enfermeiros da UCI

STEP 1 RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE (RASS) Sedation Assessment

Scale	Label	Description
+4	COMBATIVE	Combative, violent, immediate danger to staff
+3	VERY AGITATED	Pulls to remove tubes or catheters; aggressive
+2	AGITATED	Frequent non-purposeful movement, fights ventilator
+1	RESTLESS	Anxious, apprehensive, movements not aggressive
0	ALERT & CALM	Spontaneously pays attention to caregiver
-1	DROWSY	Not fully alert, but has sustained awakening to voice (eye opening & contact >10 sec)
-2	LIGHT SEDATION	Briefly awakens to voice (eyes open & contact <10 sec)
-3	MODERATE SEDATION	Movement or eye opening to voice (no eye contact)
<p>VOICE</p> <p>If RASS is ≥ -3 proceed to CAM-ICU (Is patient CAM-ICU positive or negative?)</p>		
-4	DEEP SEDATION	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation
-5	UNAROUSEABLE	No response to voice or physical stimulation
<p>TOUCH</p> <p>If RASS is -4 or -5 → STOP (patient unconscious), RECHECK later</p>		

Seawater, et al., Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1338-1344 Ely, et al., JAMA 2003; 289: 2983-2991

STEP 2 Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) DELIRIUM ASSESSMENT



Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

Anexo nº C: Ficha de Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO								
Designação Ciclo Formativo								
Designação Ação								
Data(s)								
Duração								
Modalidade	Inicial	<input type="checkbox"/>	Contínua	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO								
A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.								
Insuficiente - 1		Suficiente - 2		Bom - 3		Muito bom - 4		
AVALIAÇÃO DA AÇÃO								
Divulgação da formação								
Apoio administrativo (inscrições e informações)								
Utilidade do tema								
Objetivos da ação								
Conteúdos/ Estrutura da ação								
Duração da ação								
Instalações (espaço físico, mobiliário...)								
Equipamentos e meios audiovisuais								
AVALIAÇÃO DO FORMADOR								
Domínio dos conteúdos								
Clareza da linguagem								
Esclarecimentos de dúvidas								
Capacidade de motivação								
Relacionamento com os formandos								
Adequação do método pedagógico								
Cumprimento de horários								
Documentação de apoio								
APRECIÇÃO GLOBAL								
A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>								
Justifique _____								
Sugestões/ observações: _____								

Anexo nº D: Certificado de Presença nas “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”



**VI JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Técnicas de circulação extracorporal
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

BRUNA TRABUCO

esteve presente nas **VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2021, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2021

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Anexo nº E: Programa das “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”



VI JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

04 e 05 de novembro de 2021

Faculdade de Medicina Dentária
Lisboa, Portugal

Cursos Pré Jornadas

RESSUSCITAÇÃO



Técnicas de circulação extracorporeal em Medicina Intensiva

Patrocínio Científico



Programa Científico

Quinta-feira | 04 de novembro 2021

08:00h	Abertura do Secretariado
09:00-09:30h	SESSÃO DE ABERTURA Prof. Doutor Pedro Soares Branco e Enfa. Maria José Costa Dias
09:30-11:00h	SESSÃO I Suporte renal I Moderadoras: Enfa. Iolanda Bernardo e Dra. Ana Santos Não preciso de técnicas contínuas na UCI! Dr. João Pedro Pimentel Não preciso de técnicas intermitentes na UCI! Dr. Armindo Ramos Temos que começar técnica dialítica: Contínua ou intermitente? Dr. José Paxiuta Complicações do suporte renal – Quais e porquê? Dra. Tânia Sequeira
11:00-11:30h	Pausa para café
11:30-13:00h	SESSÃO II Suporte renal II Moderadores: Dr. Fernando Caeiro e Enfa. Maria João Cardoso Dose de diálise, faz sentido o alto fluxo? Dr. Estevão Lafuente Filtros de hemodiálise no doente crítico – One size fits all? Dr. Luís Coentrão Anticoagulação? Enfa. Mafalda Silva Pk/Pd na substituição renal Dra. Francesca Rubulotta
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:30h	SESSÃO III Suporte hematológico e hepático Moderadores: Dr. Nuno Germano e Dra. Catarina Pires Plasmaferese – GRADE and Than? Dr. André Caiado Plasmaferese no choque séptico? Dr. Pedro Silva Falência hepática – To purificate or not purificate Dr. César Burgi Vieira Falência hepática – With what? Dr. Rui Pereira

MEDICINA INTENSIVA 3

15:30-16:00h	Pausa para café
16:00-16:30h	SIMPÓSIO ECMO GETINGE ✱ Moderadores: Dr. José Paxiuta e Enfa. Ana Lusquiños Palestrante: Dr. Paulo Figueiredo
16:30-18:00h	SESSÃO IV Suporte cardio-respiratório I – ECMO Moderadores: Dr. Philip Fortuna e Enfa. Ana Cristina Fonseca A visão: ... "Descrente" Prof. Doutor Pedro Póvoa ... Enfermeiro Enfa. Cristina José ... Sobrevivente – Respiratório Sra. Samia Benmoussa ... Sobrevivente – Circulatório Sra. Paula Batista
18:00-18:30h	ENCONTRO COM O ESPECIALISTA Remoção de citocinas na sépsis Moderadores: Dr. Pedro Silva e Dr. Simão Rodeia Palestrante: Dr. Dietmar Fries
18:30h	Encerramento do primeiro dia das Jornadas

Sexta-feira | 05 de novembro 2021

08:30h	Abertura do Secretariado
09:00-10:30h	SESSÃO V Suporte cardio-respiratório II – ECMO Moderadores: Dra. Maria João Oliveira e TSDT Paulo Franco Acessos vasculares. Um mar de opções Dr. Jordi Riera Resgate em ECMO – Otimização nacional de recursos? Prof. Doutor Roberto Roncon Transporte do doente em ECMO – Uma opção segura? Dra. Cleide Barrigoto O fim do ECMO! Descanulação e seguimento Dr. Gonçalo Rodrigues

10:30-11:00h Pausa para café

4 VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

11:00-12:30h	SESSÃO VI Suporte respiratório – ECMO VV Moderadores: Dra. Raquel Cavaco e Enf. Filipe Ramos Para quem e quando? Dra. Maria João Oliveira ECMO VV out of the box Dr. Philip Fortuna Ventilação – Sim ou não, muito ou pouco? Dr. Giacomo Grasselli E quando o pulmão não recupera? Dra. Ana Sofia Santos
12:30-13:00h	ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS ECCO2R Moderadores: Dra. Ana Martins e Dr. João Alves Palestrante: Dr. Luís Coelho
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:30h	SESSÃO VII Suporte circulatório I – Assistências ventriculares Moderadores: Dr. Philip Fortuna e Dr. António Tralhão Assistências ventriculares, diferentes opções, um mesmo suporte? Dr. Rui Cerejo ECMO VA, circuitos axiais motorizados ou assistência ventricular? Prof. Doutor Pedro Coelho Principais complicações e sua gestão TSDT Paulo Franco
15:30-16:00h	Pausa para café
16:00-17:30h	SESSÃO VIII Suporte circulatório II – eCPR Moderadores: Dr. Jorge Nunes e Enfa. Olga Rego A perspetiva do INEM Dra. Filipa Barros Na rua ou no hospital? Enfa. Irina Silva Dilemas éticos Dr. Paulo Maia Doação – Ficamos pelos rins? Dra. Ana Santos
17:30-18:00h	SESSÃO DE ENCERRAMENTO Dr. Francisco Matos e Enfa. Odília Neves

Intervenientes no programa

Enfa. Ana Cristina Fonseca, Enfermeira chefe de equipa da UUM – CHULC
Enfa. Ana Lusquinhos, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UUM – CHULC
Dra. Ana Martins, Assistente graduada de Medicina Interna e subespecialista em Medicina Intensiva – CHULC
Dra. Ana Santos, Assistente hospitalar de Medicina Intensiva e assistente hospitalar graduada em Pneumologia – CHULC
Dra. Ana Sofia Santos, Assistente Hospitalar Pneumologia, Hospital de Santa Marta – CHULC
Dr. André Calado, Assistente Hospitalar de Imunohemoterapia, CHULC
Dr. António Traihão, Assistente Hospitalar de Cardiologia e Medicina Intensiva. Coordenador da UNICOR, Hospital de Santa Cruz. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
Dr. Armindo Ramos, Coordenador do Serviço de Medicina Intensiva do H. de Cascais, Dr. José de Almeida
Dra. Catarina Pires, Assistente Hospitalar de Medicina Interna – CHULC
Dr. César Burgi Vieira, Assistente Hospitalar de Medicina Interna na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7, Hospital Curry Cabral – CHULC
Dra. Cleide Barrigoto, Assistente hospitalar de Medicina Interna – CHULC
Enfa. Cristina José, Enfermeira da UUM – CHULC
Dr. Dietmar Fries, Innsbruck Uniklinik – Trauma Intensiv TICU
Dr. Estevão Lafuente, Equipa médica do serviço de medicina intensiva do Hospital da Luz Guimarães; Diretor Médico da First Airway LCC para a Península Ibérica, Gibraltar e Andorra; Diretor Médico da PlanoSaude/ ENFARTE Formação Médica; Professor Associado na CESPU
Dr. Fernando Caeiro, Assistente Hospitalar de Nefrologia no CHULC-HCC, Coordenador da Unidade de Nefrologia de Intervenção CHULC-HCC
Dra. Filipa Barros, Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna – CHULC; Assistente Hospital de Medicina Intensiva; Médica do departamento de Emergência Médica do INEM
Enf. Filipe Ramos, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UUM – CHULC
Dra. Francesca Rubolotta, Consultant and Senior Clinical Lecturer in Anaesthesia and Intensive Care Medicine at Charing Cross and St Mary's Hospital, NHS Trust and at Imperial College Medical School in London, UK
Dr. Francisco Matos, Anestesiologia, Diretor da Área da Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, CHULC
Dra. Giacomo Grasselli, Medical Director of the Intensive Care Unit of the Ospedale Maggiore Policlinico in Milan
Dr. Gonçalo Rodrigues, Assistente Hospitalar de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospita Santa Marta – CHULC
Enfa. Iolanda Bernardo, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e chefe de Equipa, UUM – CHULC
Dr. João Alves, Assistente hospitalar, Especialista em medicina interna, VMER e Serviço de Helicópteros do INEM
Dr. João Pedro Pimentel, Assistente Hospitalar Graduado de Nefrologia no CHUPorto
Dr. Jordi Riera, Critical Care Department. Adult ECMO program Director. Vall d'Hebron University Hospital. Barcelona; EUROELSO Steering Committee
Dr. Jorge Nunes, Coordenador do Serviço de Medicina Intensiva I Hospital Lusitadas Lisboa
Dr. José Paxuta, Medicina Interna, Unidade de Urgência Médica – CHULC

MEDICINA INTENSIVA 7

Dr. Luís Coelho, Intensivista e Pneumologista, Unidade de Cuidados Polivalente do Hospital São Francisco Xavier – CHULC
Dr. Luís Coentrão, Assistente Hospitalar Graduado em Nefrologia, CHUSJ
Enfa. Mafalda Silva, Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Chefe de equipa, UUM – CHULC
Enfa. Maria João Cardoso, Enfermeira na UCIP 7, do Hospital Curry Cabral – CHULC
Dra. Maria João Oliveira, Assistente hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva – CHULC
Enfa. Maria José Costa Dias, Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
Dr. Nuno Germano, Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 7, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7, CHULC
Enfa. Odília Neves, Coordenadora da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, CHULC
Enfa. Olga Rego, Enfermeira Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, UUM – CHULC
Sra. Paula Batista, Sobrevivente
Dr. Paulo Figueiredo, Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, Assistente Graduado Doenças Infecciosas – CHUSJ
Técnico Paulo Franco, Perfusionista Chefe do CHULC; Área Coração Vasos e Tórax – Serviço de Cirurgia Cardiorráctica
Dr. Paulo Maia, Assistente Graduado Sênior de Medicina Intensiva, no Serviço de Cuidados Intensivos do CHUPorto
Enf. Paulo Vaz, Enfermeiro da UUM, CHULC
Prof. Doutor Pedro Coelho, Assistente Graduado Sênior de Cirurgia Cardiorráctica do Hospital de Santa Marta – CHULC
Prof. Doutor Pedro Póvoa, Assistente Graduado em Medicina Interna e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de São Francisco Xavier, CHLO
Dr. Pedro Silva, Assistente Hospitalar UUM – CHULC
Prof. Doutor Pedro Soares Branco, Director Clínico do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central E.P.E – CHULC
Dr. Philip Fortuna, Medicina Intensiva, Unidade de Urgência Médica – CHULC
Dra. Raquel Cavaco, Medicina Intensiva, Unidade de Urgência Médica, CHULC
Prof. Doutor Roberto Roncon, Assistente Hospitalar Graduado e Coordenador do Centro de Referência de ECMO – CHUSJ
Dr. Rui Cerejo, Assistente hospitalar de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Santa Marta – CHULC
Dr. Rui Pereira, Assistente Hospitalar da carreira Médica, especialista em Medicina Intensiva e Medicina Interna – CHULC
Sra. Samia Benmoussa, Sobrevivente
Dr. Simão Rodela, Assistente hospitalar de Medicina Interna em formação para titulação em Medicina Intensiva; Operacional médico na VMER Amadora-Sintra, VMER São José e Hell Sul
Dra. Tânia Sequeira, Assistente Graduada em Medicina Interna e Medicina Intensiva – CHULC

Anexo nº F: Certificado do Curso de Formação Profissional de Suporte Avançado de Vida (SAV)

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho


ocean
medical

Certifica-se que **Bruna de Jesus Romeiro Trabuco**, nascida em 11/04/1982, com o Número de Identificação Civil 12177391, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 29/05/2021 a 30/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 30 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



AUTHORIZED
TRAINING
CENTER



Certificado nº 21063-15/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo nº G: Certificado do Curso de Formação Profissional *Internacional Trauma Life Support* (ITLS)



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/9/2021

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: 18.00 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. ITL80026)

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
International
Trauma Life Support

329159-44563

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco, 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 5/9/2021 Expiration Date 05/2024

Course Number 44563 Course Location Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL (International)

Anexo nº H: Certificado Apresentação do Póster com o Tema “*Disaster Triage: The importance of education and training of health professionals*”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Bruna Trabuço** apresentou a comunicação intitulada *“Disaster Triage: The importance of education and training of health 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@ipportalegre.pt

www.ipportalegre.pt

Anexo nº I: Certificado do Curso para Enfermeiros de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Departamento de Formação em Emergência Médica

De acordo com a Portaria n.º 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência



**VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA
E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS**

27 de Maio de 2015

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Certifica-se que

Bruna de Jesus Romeiro Trabuco

Nascida a 11 de Abril de 1982, em Setúbal, de nacionalidade PORTUGAL, portador do N.º de Identificação Civil 12177391, concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de VMER.

Lisboa, 27 de Maio de 2015

O Diretor do Departamento de
Formação em Emergência Médica

(Luís Meira)

Certificado n.º: 1/1/081-1.0-0312/31828/2015
Válido por 5 anos

Med/INEM.279/1





VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

Modalidade da Formação:

Formação inicial.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);
- Módulo de Emergências Médicas (17h);
- Módulo de Emergências de Trauma (17h);
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção (16h);
- Estágios (35h).

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).