



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM PERCURSO RUMO À EXCELÊNCIA PROFISSIONAL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipe Ribeiro Varejão

Porto - junho de 2019



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM PERCURSO RUMO À EXCELÊNCIA PROFISSIONAL

A PATH TOWARDS PROFESSIONAL EXCELLENCE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipe Ribeiro Varejão

Sob orientação de

Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto - junho de 2019

RESUMO

O presente relatório, visa demonstrar o percurso desenvolvido durante o estágio realizado no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos. As aprendizagens desenvolvidas, bem como, as atividades realizadas nos locais de estágio com vista à aquisição de competências na abordagem do doente crítico adulto, estão explanadas, utilizando uma metodologia descritiva/reflexiva.

A realização do estágio contribuiu de forma positiva para a obtenção de competências de enfermeiro especialista, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados, centrados no doente e família, e na priorização da abordagem do doente crítico.

O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos foi alvo de reflexão e crescimento profissional, na medida em que procurámos desenvolver uma prática de excelência com vista à sua prevenção no doente e família. Realçamos ainda, aprendizagens desenvolvidas no âmbito da Pneumonia Associada à Intubação, de forma a prevenir complicações no doente crítico.

O percurso realizado, permitiu desenvolver capacidade de análise crítica, investigação e reflexão, com vista à aquisição de conhecimentos, identificando com isto, oportunidades de melhoria. Neste sentido, as intervenções foram de encontro às necessidades identificadas nos serviços, sendo consideradas pertinentes para implementação ou formação futura no serviço.

Na prestação de cuidados, a existência de uma cultura de gestão da dor eficaz, é essencial para uma prática de enfermagem de qualidade, pelo que, realçamos o desenvolvimento de um Protocolo de Gestão da Dor, como uma oportunidade de melhoria, que foi proposto à equipa responsável pela gestão do Serviço de Urgência. Este protocolo, visa a implementação de uma prática sistematizada e organizada do enfermeiro, na abordagem do doente vítima de traumatismo dos membros.

Na unidade de Cuidados Intensivos, o *delirium* representa um desafio para os enfermeiros, dada a sua elevada prevalência, associada a desfechos clínicos graves para o doente e família. Com isto, torna-se imperativo, o planeamento dos cuidados necessários à sua prevenção no doente crítico adulto. Assim, dada a pertinência desta temática, elaboramos um artigo de revisão da literatura, sobre as intervenções não farmacológicas na prevenção de *delirium*. Intervenções tais como, a comunicação, a estimulação visual, auditiva e cognitiva, a preservação do sono noturno, a mobilização precoce e a inclusão da família nos cuidados, são de fácil implementação nas UCI, estando associadas a um baixo custo e revelando eficácia na maioria dos casos, sendo por isso, pertinente a implementação das mesmas.

O nível desta formação académica, conduziu-nos a uma reflexão sobre conceitos teóricos e orientou-nos para um desenvolvimento profissional mais diferenciado, baseado na evidência científica.

A sua estrutura está organizada segundo os domínios de atuação, comuns aos enfermeiros especialistas, definidas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, com recurso a uma análise reflexiva das ações realizadas, e do conhecimento adquirido.

Palavras chave: enfermagem, doente crítico, unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência.

ABSTRACT

The present report aims to demonstrate the path developed during the internship both in the Emergency Room and in the Intensive Care Unit.

The acquired learnings, as well as the accomplished activities in the internship locations, in order to purchase competences about the approached critic adult patient, are explained, using a descriptive/thoughtful methodology.

The accomplishment of the Internship contributed in a positive way for the collection of expertise of the specialized nurse, allowing an improvement in the quality of care, focused on both the patient and his/her family, and in the prioritization of approach regarding the critic patient.

Post-intensive Care Syndrome was a professional growth for us, because we were looking to develop a world-class experience that could offer the patient and his/her family a way of prevention.

The path we decided to chose allowed us to work out a critic annalysis ability, as well as a reflexion and investigation, surrounding the acquisition of knowledge, and, by that, identifying improvement opportunities. This way, the interventions met the necessities that were identified in the care services, being these considered relevant for the implementation or future training in the care service.

In Care Provision, the existence of an effective pain management is essential for a good quality nursing practice, and for that, we want to enhance the Pain Management Protocol development, as an improving opportunity that was proposed to the Emergency Room responsible staff. This protocol aims for the implementation of a systematic and organized practice from part of the nurses, regarding the approach to the limbs trauma victim.

In Intensive Care Unit, *delirium* represents a challenge for nurses, given its high prevalence, which is associated to severe clinical outcomes for the patient and his/her family. Given this, it becomes imperative to plan the necessary care of its prevention in the critic adult patient. Therefore, due to this theme's relevance, we elaborated a literature review article about the non pharmacological interventions in the delirium prevention. Interventions such as communication, visual, hearing and cognitive stimulation, nocturnal sleep preservation, early mobilization and family inclusion in the care process are easy ways to implement in the Intensive Care Unit, and are mostly associated to a low cost and usually reveal an effectiveness in most cases, and that is why it is pertinent their execution.

The level of this academic degree, drove us to a deep reflexion about theoretical concepts and guided us, towards a more distinctive professional development, based on scientific evidence.

Its structure is organized according to the operation domains, common amongst specialized nurses, and defined by the Nurses Professional Practice Regulation, with an appeal to a reflective analysis of the actions taken, and the acquired knowledge.

keywords: nursing, critical patient, intensive care unit, emergency department.

Dedico todo o esforço que empenhei neste trabalho
a um amigo especial, que foi exemplo de
coragem, caráter e altruísmo...

À memória de Diogo Sá.

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, gostaria de prestar um agradecimento muito especial, à Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho, por todo o seu profissionalismo, empenho e motivação, sem a qual, não teria um percurso tão proveitoso como pessoa e como profissional...

Aos tutores de estágio e a toda a equipa docente da Universidade Católica Portuguesa, pelos ensinamentos que colhi e pelo vosso contributo para o meu desenvolvimento...

À Enfermeira Chefe do serviço onde exerço funções, os meus colegas de trabalho e de curso, pelo apoio e força nos momentos menos fáceis e que, de alguma forma contribuíram para este meu percurso...

A três pessoas, que eu tenho o privilégio de ter como amigos, Hugo, Rui e Sérgio, que estiveram sempre presentes, prontos a dizer palavras de coragem e lutam pela minha felicidade... vocês são raros...

A ti Carla, pelo teu amor, por me teres acompanhado nesta caminhada... pelo teu lindo sorriso, paciência e ajuda, pela tua compreensão quando sacrificava fins-de-semana, férias, dias e noites durante todo este percurso... pelas tuas palavras “calma, vai correr tudo bem”...

A ti Mãe, pelo teu amor, pelo teu exemplo, pelo teu apoio incondicional em todos os momentos, amizade, inspiração e dedicação... por seres a melhor mãe do mundo... por tudo o que és...

Por último, a ti Matilde, o meu pequeno grande milagre, embora pequena em idade, tiveste grandeza no pensamento, para me apoiar e compreender a minha ausência... como tu própria dizes “amo-te daqui até ao céu”...

A todos, o meu muito obrigado.

SIGLAS

ASA - Sociedade Americana de Anestesia

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CAM - Confusion Assessment Method

CAM - ICU - Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CCIRA - Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECTS - European Credit Transfer System

EEMC - Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPC - Enzimas Produtoras de Carbapenemases

ERC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada a Intubação

PAM - Pressão Arterial Média

PB - Processo de Bolonha

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PIA - Pressão Intra-Abdominal

PPA - Pressão de Perfusão Abdominal

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

RC - Reanimação Cardiopulmonar

SAV - Suporte Avançado de Vida

SCA - Síndrome do Compartimento Abdominal

SPICI - Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SPICI-D - Síndrome Pós-Internamento Cuidados Intensivos no Doente

SPICI-F - Síndrome Pós-Internamento Cuidados Intensivos na Família

SU - Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UP - Úlcera de Pressão

VV - Via Verde

ÍNDICE

	Pág.
1 Introdução	15
2 Domínios de Competências Desenvolvidas Rumo à Excelência Profissional: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	19
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	20
2.2 Domínio da Melhoria da Qualidade	28
2.3 Domínio da Gestão de Cuidados	39
2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	49
3 Conclusão	65
4 Referências Bibliográficas	67
5 Apêndices	87
Apêndice I: Proposta de Protocolo de Analgesia no Serviço de Urgência em Doentes Vítimas de Trauma dos Membros	89
Apêndice II: Artigo de Revisão da Literatura - Intervenções não Farmacológicas na Prevenção de <i>Delirium</i> na Unidade de Cuidados Intensivos	111

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório, insere-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, do Instituto de Ciências da Saúde.

O processo de Bolonha (PB), foi um passo evolutivo na organização curricular e na metodologia de ensino de enfermagem, recorrendo à adoção do *European Credit Transfer System* (ECTS), que é um sistema centralizado no estudante e que tem como base, o volume total de trabalho realizado, como medida para as unidades de crédito. No PB, o estudante é mais ativo no seu programa de estudo, face aos objetivos de aprendizagem, para o desenvolvimento de competências e obtenção de conhecimento.

De acordo com o plano de estudos, o estágio tem 30 ECTS, aos quais correspondem um total de 750 horas de carga horária total, das quais 20 horas são para seminários, 20 horas são para orientações tutoriais, 360 horas são de contacto e as restantes de trabalho autónomo.

A tutoria do estágio, foi realizada por enfermeiros com grau de Mestre, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) e orientados pela Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho. Decorreu em dois campos de estágio da região norte do país, o primeiro, no Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica de adultos, de uma Unidade Hospitalar, de 10 de setembro a 03 de novembro de 2018, o segundo, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de medicina intensiva polivalente nível III, de uma Unidade Local de Saúde, entre 04 de novembro de 2018 e 05 de janeiro de 2019, sendo realizadas 180 horas de contacto em cada local.

Optamos pelo título “Um percurso Rumo à Excelência Profissional”, uma vez que este ciclo de aprendizagem fez parte de um processo de formação contínua, que se revelou essencial no desenvolvimento de competências, necessárias à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O SU Médico-Cirúrgica, na sua composição geral, subdivide-se em seis áreas, sendo elas: a área de admissão para procedimentos administrativos, a área de triagem para avaliação de prioridade de atendimento pelo enfermeiro, a área de emergência, a área cirúrgica, a área médica e a área de observações. Do serviço faz parte uma equipa

multidisciplinar, sendo a equipa de enfermagem constituída por 66 enfermeiros. A razão da opção deste local, prendeu-se com o facto de ser um serviço diferenciado e de maior dinâmica, possibilitando a resposta e acompanhamento da pessoa e família em todo o processo de doença, sendo possível, desenvolver competências de atuação na priorização de intervenções, na estabilização do estado de saúde e vigilância da pessoa em situação crítica, proporcionando desta forma, um vasto leque de experiência em contexto de emergência, devido à multiplicidade de causas clínicas que originam a vinda dos doentes a este serviço.

Optamos pelo estágio na UCI, por trazer ganhos significativos para o desempenho pessoal e profissional no desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados de enfermagem diferenciados, tanto autónomos como interdependentes e ainda, pela especificidade que comporta nos cuidados à pessoa em situação crítica, uma vez que é um serviço de medicina intensiva, que permitiu o contacto com a família e com doentes em estado crítico no processo de doença, assim como, pelo contacto com tecnologia diferenciada de diagnóstico e tratamento. Deste serviço, faz parte uma equipa multidisciplinar com 27 enfermeiros. É constituído por nove unidades, das quais, quatro são quartos, dois com porta barreira e outros dois, que podem ser utilizadas para isolamento, com antecâmara com pressão positiva ou negativa.

Ambos os locais de estágio, permitiram desenvolver e pôr em prática conhecimentos específicos, assim como, obter ganhos significativos para o nosso desempenho profissional, nomeadamente em situações de emergência e cuidados à pessoa em situação crítica, transportando-os para a nossa prática profissional no serviço do Bloco de Ambulatório.

No relatório de estágio, são descritas experiências e competências desenvolvidas ao longo do estágio, assim como, análises reflexivas e contributos para oportunidades de melhoria, devidamente fundamentadas. Com o desenvolvimento deste trabalho, e à medida que vivenciamos as experiências, procuramos desenvolver competências, aprendizagem autónoma e reflexiva para a otimização de cuidados, através da obtenção de novos conhecimentos.

O estágio revelou-se essenciais na formação, uma vez que, permitiram a integração da evidência na prática, através de uma pesquisa bibliográfica incessante em resposta aos problemas identificados.

Com a realização do presente relatório, propusemo-nos a atingir os seguintes objetivos:

- Demonstrar aprendizagens desenvolvidas no decurso do estágio;

- Descrever atividades desenvolvidas ao longo do estágio com vista à aquisição de competências;
- Demonstrar capacidade de reflexão no que respeita a oportunidades de melhoria, desenvolvendo propostas de resolução;
- Desenvolver competências de investigação necessárias a uma prática baseada na evidência.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório, foi a descrição analítica e reflexiva, sob a forma de relato de experiências vividas, oportunidades e melhoria, assim como, reflexões sobre as mesmas.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, de forma a facilitar a consulta mediante a sistematização da informação contida.

No primeiro capítulo, a introdução, fizemos um enquadramento global do estágio no curso, incluindo os objetivos no âmbito do desenvolvimento profissional.

No segundo capítulo, procuramos fazer uma descrição das competências adquiridas, assim como, demonstrar capacidade de investigação, mediante os quatro domínios de atuação do enfermeiro especialista, conforme Regulamento nº 124/2011, como o domínio da responsabilidade ética e legal, domínio da melhoria da qualidade, domínio dos cuidados gerais e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, onde foram inseridas competências específicas do enfermeiro EEMC, conforme Regulamento nº 429/2018.

No terceiro capítulo, a conclusão, refletimos sobre a concretização dos objetivos propostos e na forma como contribuíram para a melhoria da prática profissional e desenvolvimento de competências.

As referências bibliográficas são apresentadas no quarto capítulo.

Por fim, no quinto capítulo, são apresentados em apêndice um trabalho por nós elaborado, intitulado “Protocolo de Gestão da Dor no Serviço de Urgência em Doentes Vítimas de Trauma dos Membros” desenvolvido no SU e um artigo de revisão que desenvolvemos intitulado “Intervenções não Farmacológicas na Prevenção de *Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos”, que se encontra em processo de revisão para submissão em uma revista indexada.

No decurso da realização do estágio, assim como, na elaboração do presente relatório, foram consultadas diversas fontes bibliográficas que serviram de pilar nas atividades desenvolvidas e contribuíram para a fundamentação teórica do trabalho realizado.

2 DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS RUMO À EXCELÊNCIA PROFISSIONAL: ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O enfermeiro especialista, segundo o regulamento n.º 122/2011, detém um conjunto de competências transversais a todos, expressas nos quatro domínios de atuação, sendo eles o domínio da responsabilidade ética e legal, domínio da melhoria da qualidade, domínio dos cuidados gerais e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências comuns, assim como, as competências específicas do Enfermeiro Especialista, estão estruturadas segundo esferas de ação, que por sua vez, são compostas por competências.

Assim, o enfermeiro especialista, mediante o seu âmbito de especialidade, detém competências, que o levam a atuar com um alto grau de diferenciação, junto da pessoa e família, possuindo conhecimentos e habilidades, que lhes permitem dar uma resposta mais eficaz em situação de risco ou crise.

No âmbito da unidade curricular, e segundo o regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro EEMC, promove o cuidado ao doente e família na situação crítica ou crónica, maximiza e dinamiza medidas de prevenção e controlo de infeção e antecipa, assim como, resolve situações de caráter urgente ou emergente, do doente crítico prestando cuidados de excelência.

Este capítulo encontra-se dividido em quatro domínios de competências, com os objetivos e as competências destacadas a itálico. Os objetivos foram traçados, no enfoque do desenvolvimento de competências enquanto futuro enfermeiro EEMC e estão explanados no início da descrição das atividades desenvolvidas. Seguidamente, estão descritas as aprendizagens desenvolvidas nos contextos de estágio e respetivas reflexões, no sentido de fundamentar as competências desenvolvidas que apresentamos no final de cada domínio.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, compreendem a utilização de conhecimentos técnicos e científicos, próprios da profissão, na promoção de cuidados de enfermagem, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), deve assentar numa componente ética, segura e responsável, respeitando os direitos humanos.

No enfoque do supracitado domínio, desenvolvemos o exercício profissional, baseado em evidência científica, responsabilidade ética e legal. Foram interiorizados e vinculados princípios éticos e deontológicos intrínsecos à profissão de enfermagem. Para tal, traçamos o objetivo a seguir mencionado.

Objetivo específico:

- *Desenvolver o exercício profissional ético e legal, respeitando os direitos humanos.*

Serviço de Urgência

No decurso das atividades desenvolvidas no SU, desenvolvemos uma prática que visou o respeito pelos direitos humanos. Nas intervenções desenvolvidas, estimulamos a participação dos doentes nos processos de tomada de decisão, incentivando-os a ser autónomos, sendo o seu consentimento solicitado para qualquer intervenção, promovendo assim, o respeito pela autonomia. Para (Jólluskin G. [et al.] 2011), o respeito pela autonomia é um princípio fundamental na relação do profissional de saúde com o doente. Para a autora, o profissional deve atender à situação difícil do doente, como o elevado nível de ansiedade ou risco de vida, no sentido de proporcionar uma informação clara e entendível.

No contexto da prestação de cuidados no SU, o doente crítico sendo autónomo, e no respeito pela autodeterminação, o consentimento informado foi por nós prestado, de forma ativa e não tacitamente, sob a forma oral, para todos os procedimentos de enfermagem, com a noção de que poderia ser revogável a qualquer momento, no entanto, nem sempre foi possível, estas situações ocorreram nos casos de doentes da Via Verde (VV), Acidente Vascular Cerebral (AVC), em que foram executadas intervenções de enfermagem tendo em consideração o consentimento presumido. Para (Iserson K. [et al.] 2018), o consentimento presumido, aplica-se a doentes que não são capazes de processar a informação e decidir. Verificamos estas situações, aquando da chegada de doentes ao SU, inconscientes, em

condições instáveis severas, correndo risco de vida. Para o autor, neste caso, os profissionais de saúde agem, presumindo que o doente, em condições normais, aceitaria o tratamento para eventos que ameaçam a vida.

Alguns casos em particular, estando o doente inconsciente e após verificar que se tratava de um AVC isquémico, iniciámos protocolo de trombólise, que embora apresente elevado risco de hemorragia intracraniana, consideramos como sendo o melhor para o doente, presumindo que o mesmo aceitaria o tratamento.

A privacidade, foi alvo de atenção, numa tentativa incessante de promover o respeito pelo doente. Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (2015), o enfermeiro tem o dever de zelar pela privacidade do doente. No entanto, as salas do SU, consistem em gabinetes, corredores, salas de trabalho amplas, complexas e despersonalizadas. Esta constituição, deve-se a uma questão organizacional, mas por vezes, compromete a privacidade da pessoa. Segundo (Karro J. [et al.] 2005; Moskop C. [et al.] 2005; Gueiderman M. [et al.] 2006), os serviços de urgência, não têm salas semiprivadas, que possam ajudar a proteger a privacidade e confidencialidade do doente. Para os autores, a existência de doentes próximos uns dos outros, separados apenas por cortinas, contribuem para a violação de privacidade. Para (Ursin L. 2010; Petronios S. [et al.] 2012), privacidade é definida como a capacidade, que a pessoa detém, de controlar o acesso à sua informação aos demais e a si mesmo. A confidencialidade, é definida pelos mesmos autores, como uma proteção da privacidade, no sentido de garantir que a informação do doente não é recebida por pessoas alheias, para fins que não os acordados.

No contexto do SU, a grande afluência de doentes, assim como, a necessidade de resposta em tempo útil a eventos decorrentes de doença crónica ou aguda no doente crítico, por vezes, torna-se difícil criar um ambiente mais resguardado. No entanto, sempre que possível, procuramos recorrer a dispositivos ou locais estratégicos para executar procedimentos que não pusessem em causa a privacidade do doente.

A sobrelotação e a sobrecarga de trabalho, desencadeia, por vezes, cuidados despersonalizados, uma vez que, em contexto de urgência, as decisões e o planeamento de intervenções, são pautadas pela gravidade do doente. Perante isto, enfrentámos o desafio de prestar cuidados ao doente crítico num ambiente onde algumas vezes, os meios são escassos para responder às necessidades, pelo que, desenvolvemos reflexões informais com vários elementos da equipa, verificando interesse dos profissionais nesta temática e na identificação de oportunidade de melhoria. No entanto, manifestaram disparidade no significado atribuído às mesmas, levando a modos de agir diferentes. Como exemplo, podemos referir a situação

de uma pessoa com doença oncológica em fase terminal, com agravamento expressivo nos últimos dias e com histórico de dor, náuseas e vômito. Inicialmente, alguns elementos da equipa, programavam intervenções invasivas. Contudo, após reflexão com o enfermeiro tutor, na qual se incluiu a família, o doente e restantes membros da equipa multidisciplinar, optamos por uma ação que visou a manutenção de medidas de conforto que passou pela administração de antieméticos, perfusões para conforto e acompanhamento permanente da família.

Os corredores, que servem de passagem para os doentes, familiares e profissionais, servem também para alocar doentes em macas, quando o SU atinge o seu limite ocupacional, em situações de grande afluência de doentes ao serviço, transformando-se assim, exceccionalmente, numa enfermaria. Perante este cenário, houve duas situações que surgiram em que nos foi possível encontrar solução, quando expostas ao enfermeiro responsável. A primeira, diz respeito a uma doente em estado terminal, a segunda, a uma jovem após intoxicação por fármacos. Em ambas as situações, tendo como foco o bem-estar e conforto da pessoa, conseguimos alocar os doentes num ambiente mais calmo, sendo promovida a presença do respetivo familiar e respeitando a sua dignidade, zelando assim, pelo cuidado ao doente e família. Para (Frias L. [et al.] 2015), dignidade, é a propriedade possuída pela pessoa, caracterizada pela capacidade de decisão, no que se refere à sua autonomia e objetivos pessoais.

(Sola F. [et al.] 2018), defende que o respeito dado ao conceito dignidade, em contexto de doente terminal, está a evoluir significativamente, tanto nos cuidados paliativos como no domicílio. O autor refere a necessidade de reestruturação de espaços físicos, destinados ao doente em estado terminal e familiar no contexto do SU, contudo, refere falta de investigação no que respeita a esta temática.

(Lin Y. [et al.] 2013), menciona que medidas como, reorganização do espaço físico, providenciar zonas de prestação de cuidados protegendo a privacidade e segurança do doente e formação profissional neste âmbito, promovem melhorias significativas no que respeita à qualidade dos cuidados numa perspetiva ético-deontológica.

Apesar das limitações encontradas no serviço, sempre que possível, envolvemos a família/acompanhante na prestação de cuidados, uma vez que, contribui ativamente como suporte para o doente em situação crítica. Pela experiência profissional, conhecimentos adquiridos academicamente e fruto da investigação, assim como, pela informação recolhida junto dos familiares, a presença da família/acompanhante é benéfica para o doente, assim como, para a própria família. Segundo (Leske J. [et al.] 2002), a inclusão da família nas

intervenções, contribui para a promoção da qualidade dos cuidados e pode trazer resultados muito positivos na condição do doente, contribuindo também para a diminuição da sua ansiedade.

No decurso do estágio, a presença do familiar ou acompanhante nas intervenções por nós desempenhadas, que é reconhecida como um direito pela Lei nº 33/2009 de 14 de julho, foi essencial para a obtenção de informação completa sobre o doente, nomeadamente em situações de alteração do estado de consciência ou alterações comportamentais, o que se revelou crucial na atribuição de prioridade laranja. No decurso do estágio, promovemos ao doente a presença do acompanhante por si indicado.

O sigilo profissional, foi também uma temática de pertinência que desenvolvemos no SU, uma vez que é a base da relação na tríade enfermeiro-doente-família/acompanhante, na medida em que o profissional é detentor de informação que pertence ao doente, e que, dada a sua natureza, não deve ser transmitido a outrem, sem que haja uma vontade expressa do mesmo, no sentido da sua divulgação, ou de a tornar acessível a outros, que não tenham intervenção no seu tratamento. Neste sentido, garantimos o acesso à informação do doente à família apenas e quando o doente expressou essa vontade. De acordo com o código deontológico inserido no EOE (2015), o enfermeiro é obrigado a manter o sigilo profissional considerando confidencial toda a informação proveniente do doente e família, pelo que, foi esta a conduta durante o período de estágio. Em todas as situações que envolveram tomada de decisão do doente, respeitamos a privacidade e o sigilo, garantindo assim, maior liberdade de tomada de decisão por parte do mesmo. Para (Nunes S. 2011), a privacidade o sigilo profissional são requisitos fundamentais no comportamento dos profissionais de saúde.

No SU, a existência de cortinas nas unidades dos doentes, permitem promover privacidade, contudo, o sigilo é mantido com dificuldade, embora, através de momentos de reflexão informais com o tutor, se tenha percebido que era uma preocupação dos profissionais de saúde em geral. Com isto, sugerimos ações de formação, no sentido de sensibilizar e minorar tais situações, como evitar conversas no corredor, entrevistar o doente sobre a sua condição de saúde apenas junto do mesmo, alterar o tom de voz aquando à comunicação com o doente sobre a sua informação clínica. Abordamos também alterações no que respeita à estrutura física, mas tal não está previsto num futuro próximo. A nossa postura perante esta situação, foi a de desenvolver uma prática sensível a esta temática, como falar apenas junto do doente, diminuir o tom de voz de forma a que o conteúdo da informação fosse apenas perceptível aos intervenientes na comunicação, promover a colocação de dispositivos, como biombos e quando possível e necessário, alocar o doente a unidades mais

isoladas, como foi o caso de situações de tentativa de suicídio, em que o doente precisou de maior acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar, sendo necessário diminuir a sua exposição.

Para (Bôas M. [et al.] 2015), o desrespeito pelo sigilo, é ainda muito frequente nas unidades hospitalares através de conversas entre profissionais, sobre informação dos utentes, em espaços não destinados para o efeito. No que se refere ao SU, o autor frisa a necessidade da proteção da privacidade, ainda que as condições não sejam as ideais, uma vez que esta exposição, é mais uma agressão a uma pessoa já fragilizada.

Plenos da necessidade do cumprimento deste dever, e de o fazer cumprir, providenciamos, sempre que necessário, espaços com ambiente controlado, adequados à recolha ou transmissão de informação, adequar o tom de voz mediante o local e assunto a abordar.

Perante toda descrição acima explanada, desenvolvemos competências no âmbito de uma prática profissional responsável e ética na área do doente crítico, assim como, na promoção de cuidados que respeitaram a dignidade humana.

Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

Ao longo do estágio desenvolvido na UCI, na prática de cuidados ao doente crítico, por vezes a exigência de uma resposta ou tomada de decisão rápida, obrigou-nos a agir de acordo com princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, no entanto, deparamo-nos com situações geradoras de questões éticas, uma vez que, o estado clínico de alguns doentes, os impede de participar nas decisões do que é melhor para eles. A equipa, além dos princípios éticos e deontológicos, recorre à família no sentido de compreender a perspetiva do doente no que se refere ao que dá sentido à sua vida, mas acima de tudo, de forma a manter a sua dignidade. (Moen E. [et al.] 2015), realizou um estudo qualitativo fenomenológico, por meio de entrevista a ex-doentes de cuidados intensivos com o objetivo de recolher dados, sobre o que contribui para a manutenção e promoção da dignidade. O autor concluiu que, os fatores mais significativos são, o ser ouvido, ter os desejos e necessidades satisfeitas. A população em estudo, considerou que o desamparo e a prestação de cuidados por outras pessoas, são uma experiência degradante e desagradável ameaçando a dignidade, sendo essencial a capacidade do enfermeiro ver o doente como uma pessoa e não um caso. Na linha desta reflexão, será abordado posteriormente a temática das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).

No decurso do estágio, desenvolvemos um exercício centrado no doente e família, realizando uma prática diária com vista à preservação da dignidade da pessoa em estado crítico, respeitando os objetivos pessoais e a autonomia. Esta experiência revelou-se bastante positiva no desenvolvimento de práticas que respeitam os direitos humanos. Segundo o Código Deontológico inserido no EOE (2015), o enfermeiro deve tratar o doente na sua totalidade, como um ser único inserido na sua família e comunidade.

A nossa prestação de cuidados de saúde, em contexto de cuidados intensivos, foi além do tecnicismo e daquilo que nós encaramos como valores fundamentais para a humanidade como a vida, a dignidade, a liberdade, pois cada pessoa é um ser individual, único, com família, inserido numa comunidade e sociedade.

No decurso do estágio, na presença de uma doente no fim da vida, focamos os cuidados no alívio de dor e sintomas, respeitando a pessoa como um ser individual nas suas crenças e valores promovendo a companhia da família. Para (Drazen J. 2003), o objetivo dos cuidados na UCI, deve centrar-se no tratamento do doente segundo os seus valores, num momento de alta vulnerabilidade e em situações em que os doentes dificilmente decidem por si. Segundo (Fernandes A. [et al.] 2014), um dos grandes problemas vividos pelos profissionais perante o fim de vida, é quando os familiares não aceitam a interrupção do tratamento da patologia, e pressionam a equipa a manter atitudes terapêuticas, que nada mais fazem do que prolongar o sofrimento. Assim, as autoras assumem os cuidados paliativos como melhor opção para uma prestação de cuidados focada na qualidade e no conforto. Segundo (Ethunandan M. [et al.] 2005), a diminuição do sofrimento no fim da vida, envolve o tratamento do doente como um ser individual, com respeito, aliviando a sua dor ou outros sintomas e com a companhia da família ou amigos mais próximos.

Para (Trough R. [et al.] 2008, Finfer S. [et al.] 2014), a integração dos cuidados paliativos nos cuidados intensivos com o mesmo alto nível de competência e conhecimento é essencial, com o propósito de assegurar prática paliativa até à morte, sendo necessário uma reflexão humanista de todos os profissionais no que respeita ao doente e família no momento do fim da vida, tendo por princípio a prevenção e alívio do sofrimento. Segundo (Gómez-Batiste X. [et al.] 2017), os cuidados paliativos, devem ser prestados em todos os serviços do sistema de saúde.

Segundo (Coelho P. [et al.] 2014), a parceria entre os cuidados intensivos e os cuidados paliativos, é essencial para uma prática de cuidados que visa o respeito pela vida humana, uma vez que, nem sempre a cura e a reabilitação são o caminho nos momentos de fim de vida, pelo que, devemos recorrer a intervenções que promovam o conforto e a

qualidade de vida do doente crítico, sem com isto, diminuir ou prolongar o seu tempo de vida.

Participamos em momentos de decisão sobre a estratégia terapêutica a seguir, incluindo a família nas decisões clínicas, no entanto, consideramos que, por vezes, o seu papel é complexo e pode algumas vezes ser injusto. Decidir aquilo que é o melhor para o outro nem sempre é fácil, tendo em vista que cada um de nós tem os seus próprios valores. A este propósito, (Scheunemann P. [et al.] 2012), dá o exemplo de doentes que podem valorizar mais a interação no relacionamento com os demais, não aceitando a perda da dependência física, existindo outros por exemplo, para os quais a autonomia física não é crucial, aceitando o facto de estar dependentes de tecnologia para o seu dia a dia.

No decurso do estágio, presenciamos uma doente de 38 anos, vítima de atropelamento, com paraplegia, tetraparesia e inicialmente com suporte ventilatório. No decurso do contacto estabelecido com o marido, conseguimos perceber que, perante tal situação, a doente viria a necessitar de apoio multidisciplinar, para além dos cuidados oferecidos na UCI, uma vez que se tratava de uma pessoa bastante ativa e que, segundo o mesmo, passaria por processo de negação que levaria à recusa de adjuvantes de mobilização. No entanto, após desmame ventilatório, e para surpresa de todos, a doente manifestou uma vontade inigualável de reagir perante tal adversidade, considerando que o mais importante, era a preservação da sua autonomia, apesar de estar consciencializada das suas limitações. Para (Garcez C. [et al.] 2014), as doentes vítimas de traumatismo vertebro medular, atravessam um momento de adversidade, em que experimentam uma rutura no que respeita às capacidades pré-existentes, no entanto, a superação, tanto individual como coletiva, permite ver a vida com um novo olhar.

Deparamo-nos com uma situação, que mesmo não sendo de elevada complexidade, permitiu-nos perceber que efetivamente o ser humano possui uma capacidade de adaptação tal, que a tomada de decisões com base naquilo que o familiar acha que o doente escolheria torna-se, por vezes, complexo e difícil. Neste sentido, as (DAV), assumem uma importância considerável perante uma doença diagnosticada, uma vez que permitem ao doente, manifestar a sua vontade previamente, no que se refere à conduta dos cuidados médicos no que respeita a cuidados de saúde desproporcionados ou inúteis. Para (Cogo S. [et al.] 2018), as DAV promovem o respeito pela autonomia do doente e diminuem os desacordos entre equipa multidisciplinar e família, no que se refere aos processos de tomada de decisão no final da vida.

Assim, a passagem na UCI impôs uma questão obrigatória sobre até onde devemos ou podemos ir no tratamento do doente crítico em contexto de cuidados intensivos. Por vezes, o resultado de tratamentos prolongados em doentes com mau prognóstico, não se revelam mais do que fúteis e penosos para o doente e família, provocando uma morte lenta e cruel. (Lesieur O. [et al.] 2018), realizou um estudo prospetivo observacional unicêntrico entre 2012 e 2016, o objetivo foi comparar os resultados da manutenção ou a suspensão de medidas que prolonguem a vida em doentes internados nos cuidados intensivos. O autor conclui que, durante esses quatro anos, a diminuição de estratégias terapêuticas fúteis em doentes sem esperança de vida, além de contribuir para a redução da taxa de insucesso na ressuscitação, não altera a taxa de mortalidade global.

Partilhamos momentos de reflexão com os enfermeiros tutores e outros elementos da equipa, no sentido de maturar a capacidade de avaliação criteriosa, para uma decisão sustentada sobre a viabilidade do tratamento do doente crítico. (Emanuel L. [et al.] 2010), refere que se deve manter a investigação rumo a melhores práticas, de forma a avaliar melhor os limites terapêuticos, assim como, promover uma morte com qualidade a doentes com prognóstico limitado.

As tomadas de decisão, neste contexto, são um processo complexo, no entanto, o investimento excessivo, leva ao prolongamento de vida sem qualidade do doente crítico, e a um gasto de recursos excessivo, que poderá levar à escassez dos mesmos, para doentes que deles necessitem na sua recuperação, sendo por isso também, eticamente reprovável. Segundo o Código Deontológico inserido no EOE (2015), o enfermeiro deve prestar cuidados de forma a rentabilizar os recursos existentes. (Fernandes A. [et al.] 2014), considera que os enfermeiros devem ser mais interventivos nos processos de tomada de decisão no que respeita a esta temática.

Contudo, ressalvo que na UCI, local onde realizamos o estágio, tivemos a possibilidade de participar no processo de tomada de decisão, como na diminuição de sedação para prevenção de *delirium*. Os enfermeiros têm uma participação ativa neste processo, existe inclusivamente, uma folha de auditorias que é utilizada em todas as visitas médicas, sendo preenchida por qualquer profissional, onde consta a presença e participação do enfermeiro nas tomadas de decisão.

Ao longo do estágio, direcionamos o exercício para à prestação de cuidados humanizados centrados no doente e família. Por vezes, em situações de morte eminente e com a autorização do enfermeiro tutor, promovemos flexibilidade de horário para a família estar com a pessoa, abertura ao diálogo, e numa situação em específico, foi-nos possível

participar do encaminhamento de um familiar, para outro elemento da equipa multidisciplinar, nomeadamente o psicólogo. Segundo o EOE (2015), o enfermeiro deve trabalhar em articulação com elementos da equipa multidisciplinar no sentido de promover cuidados de saúde de excelência e dar resposta a todas as necessidades do doente.

O desenvolvimento de conhecimentos na UCI, contribuiu para o crescimento como profissional através de reflexões internas e informais junto dos tutores de estágio, assim como, sobre questões éticas em contexto de cuidados intensivos que contribuíram para o desenvolvimento de competências no contexto da EEMC.

Competências adquiridas:

- *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;*
- *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;*
- *Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.*

2.2 Domínio da Melhoria da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é hoje, uma temática que faz parte das preocupações prioritárias das instituições de saúde, sendo o enfermeiro especialista, fundamental na implementação de ações de melhoria. De acordo com o regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, o enfermeiro EEMC, deve conceber e implementar medidas e planos de intervenção por forma a responder às necessidades dos doentes.

As expectativas e necessidades dos doentes, obrigam as instituições de saúde a adotar estratégias de maior eficiência, no sentido de responder ao aumento da exigência pela qualidade. Assim, serão apresentados de seguida os objetivos traçados, com vista ao desenvolvimento de competências, enquadradas no supracitado domínio.

Objetivos específicos:

- Apoiar a prática clínica na investigação e no conhecimento científico;
- Conhecer o plano de prevenção e controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;

- Realizar auditorias associadas à introdução do Cateter Venoso Central, penso do local de inserção do Cateter Venoso Central e carros de emergência dos serviços de internamento;
- Promover a qualidade na prestação de cuidados incorporando conhecimentos científicos;
- Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Serviço de Urgência

O Conselho de Enfermagem (2012), assume a qualidade como uma tarefa multiprofissional, assumindo papel preponderante dos enfermeiros nesta temática, no entanto, ressalva que qualidade em saúde, não pode ser obtida apenas pelo exercício profissional de enfermagem, nem este, pode ser posto de parte no esforço pela obtenção da qualidade.

A gestão da dor é uma prioridade na saúde e uma recomendação da DGS (2008), interferindo diretamente com a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente, e sucessivamente, com a sua satisfação. Para (Brown T. [et al.] 2018; Varndell W. [et al.] 2018), a subutilização de analgésicos está intimamente ligada à insatisfação dos doentes nos serviços de urgência.

Para (Mateus A. [et al.] 2007), a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor, tem como objetivo promover o bem-estar do doente, devendo para isso realizar inicialmente uma avaliação, seguidamente um diagnóstico, e posteriormente, um planeamento de intervenções, execução e registo. Sendo que a importância do registo está publicada nos Padrões de Qualidade dos Enfermeiros (2002).

Perante a presença de diversas situações de vítimas de traumatismos dos membros, em que os doentes apresentavam dor aguda, procuramos gerir a prática, direcionando a atenção e propondo processos de melhoria na qualidade dos cuidados para este fenómeno.

A temática central, que exigiu um planeamento estratégico da qualidade dos cuidados no SU, foi a dor aguda, que segundo a circular normativa n.º11/DSCS/DPCD (2008), trata-se de dor com menos de três meses e normalmente relacionada com lesão tecidular. A problemática, centra-se no domínio das intervenções de enfermagem em doentes com dor aguda vítimas de trauma dos membros utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A pertinência do tema, deve-se a vários fatores, nomeadamente: a perceção de uma prática não sistematizada neste âmbito, por parte da equipa de enfermagem, no que se refere a intervenções não farmacológicas antes e depois da observação médica; pela subvalorização do 5º sinal vital por parte da equipa multidisciplinar; haver um atraso considerável na observação dos doentes pelo clínico, dado o excesso de carga de trabalho, sendo por isso necessário uma intervenção de enfermagem e ainda interesse da chefia deste serviço, assim como, pelo elevado número de feridos em acidentes de viação nesta área geográfica, fornecido por PORDATA¹ (1951 feridos em acidentes de viação em 2017).

Assim, pelas razões supracitadas e como futuro enfermeiro EEMC, consideramos pertinente elaborar uma proposta de um protocolo de gestão da dor a doentes vítimas de trauma dos membros, com vista a ser implementado no SU, tendo em vista a uniformização das intervenções autónomas, medidas não farmacológicas, assim como, intervenções interdependentes, como a administração de analgésicos ao doente antes da observação médica segundo um protocolo. Para tal, contamos com a colaboração de uma equipa constituída por médicos especialistas, Enfermeiro Chefe e Diretor do respetivo serviço, para a abordagem desta temática na elaboração da proposta do protocolo. Como futuro enfermeiro EEMC, assumimos o papel de mentor e interlocutor deste projeto.

A presente proposta de protocolo carece ainda da apreciação da direção de serviço e posterior análise do conselho de administração.

Segundo a OE (2008), é boa prática, a aplicação de conhecimentos baseados na evidência científica, com o intuito de obter melhorias na qualidade dos cuidados de saúde, assim como, os enfermeiros são responsáveis por se articular com outros elementos da equipa multidisciplinar de saúde, com o propósito de promover alterações organizacionais com vista a uma otimização do controlo da dor.

Com isto, a finalidade do estudo, consistiu na identificação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica, com vista à melhoria da atividade profissional dos enfermeiros, na abordagem à dor. O controlo da dor, deve ser um compromisso e uma obrigação deontológica para os profissionais de saúde, devendo por isso ocupar um lugar de destaque na estratégia da prestação de cuidados com qualidade.

¹ Fonte PORDATA, Disponível em:
<https://www.pordata.pt/Municipios/Feridos+e+mortos+em+acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o>
-232

Para este estudo optamos por uma metodologia de revisão de literatura, em que foram consultadas diversas fontes bibliográficas. A pesquisa foi realizada na base de dados EBSCO, com as palavras chave: “emergency department” and “pain management or pain relief or pain control or pain reduction” and “analgesia and trauma” and “protocol”. Os critérios de exclusão foram “burns or burn injury or scald or thermal injury”, “back pain or low back pain or lumbar pain or chronic low back pain”. Incluímos os estudos no período temporal de 2010 a 2018. O método utilizado para seleção de artigos foi o diagrama Prisma, identificamos um total de 38 artigos, na sondagem foram eliminados 30 por não estarem relacionados com os benefícios da aplicação de um protocolo de gestão da dor ou não apresentarem consequências de uma gestão ineficaz da dor, sendo analisados cegamente 8 artigos.

Para (Lopes J. 2003), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Segundo a circular normativa n.º11/DSCS/DPCD (2008), a dor é um fenómeno de carácter fisiológico fundamental na integridade do indivíduo, uma vez que, para além do sofrimento que provoca, é responsável pela diminuição da qualidade de vida, contribui para o aparecimento de co-morbilidades psicológicas e orgânicas, o que pode prolongar a dor. A dor aguda é o principal fator de recorrência dos doentes aos cuidados de saúde, assim, é essencial a valorização e tratamento da dor.

Para (Coniam W. [et al.] 2011), a subjetividade da dor e da perceção individual que o indivíduo tem da mesma, torna-a difícil de investigar e compreender, contudo, segundo a OE (2008), a dor é aquela que a pessoa diz que sente, e deve ser tratada como tal.

Sendo a dor, uma das principais causas de sofrimento humano, o impacto do seu subtratamento, segundo (Fernandes C. 2010), levou a American Pain Society, em 1996, a defini-la como quinto o sinal vital, sendo adaptado em Portugal pela Direção Geral de Saúde (DGS), a 14 de junho de 2003, em que foi publicada uma circular normativa n.º 09/DGCG, instituindo a dor como 5º sinal vital, onde é reconhecida a sua importância. Assim, consideramos boa prática clínica, a avaliação, alívio e registo regular da dor por parte de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

O tratamento da dor aguda, em contexto de urgência, é de extrema importância, não só, tendo em vista a qualidade dos cuidados de saúde prestados, que deve ser primordial na

saúde, mas também, do ponto de vista fisiológico. Segundo (Lewis K. [et al.] 1994), a dor aguda não tratada pode ter efeitos colaterais cardiovasculares e respiratórios.

Atualmente, a dor aguda, é uma queixa frequente dos doentes que recorrem ao SU, contudo, segundo (Pierik J. [et al.] 2016), é muitas vezes negligenciada pelos profissionais.

Apesar da importância da gestão da dor em contexto de urgência, para (Berben A. [et al.] 2012), existem barreiras no tratamento e alívio eficaz da dor, como a inadequada comunicação interdisciplinar, excesso de carga de trabalho, assim como, défices ou equívocos sobre a necessidade de uma gestão da dor adequada. A não utilização de instrumentos para a sua avaliação é também um fator contribuinte para uma gestão ineficaz da dor.

A utilização de protocolos de analgesia, segundo (Finn J. [et al.] 2012; Ridderikhof M. [et al.] 2016), encurta o tempo de administração de analgésicos, contribuindo assim, para uma melhor gestão da dor no doente vítima de traumatismo. (Patil A. [et al.] 2017), chega à mesma conclusão através de um estudo, em que avalia o efeito da aplicação de um protocolo de analgesia no SU, além de, considerar também que o alívio da dor foi mais eficaz após implementação de um protocolo de analgesia.

(Decosterd I. [et al.] 2007), publicam um estudo prospetivo pré e pós implementação de protocolos de gestão da dor aguda no SU, em que demonstram uma melhoria substancial no controlo da dor, aumentando o número de doentes a quem é administrada analgesia, verificando maior alívio da dor no momento da alta, assim como, maior satisfação do doente.

Para (Sokoloff C. [et al.] 2013), a implementação de protocolo de analgesia, diminui o tempo de permanência dos doentes no SU.

A implementação de um protocolo de analgesia em doentes vítimas de trauma dos membros, é um desafio aos profissionais de saúde, no sentido de otimizar a gestão e controlo da dor do doente, antes da observação médica, assim como, na preparação para procedimentos dolorosos. Sabemos hoje, pela experiência acumulada, que a utilização de protocolos nos conduz a uma intervenção analgésica organizada, assim como, a uma uniformização de procedimentos com maior eficácia e segurança para o doente.

Neste sentido, achamos pertinente uma abordagem organizativa da dor aguda, sendo de interesse para o SU, particularmente em doentes vítimas de trauma dos membros, a implementação de um protocolo de analgesia, com vista ao desenvolvimento de estratégias de qualidade. Assim, foi proposta a implementação de um protocolo de analgesia (Apêndice I), com a autorização do Enfermeiro Chefe do SU e da Diretora do SU, que manifestaram total concordância e pertinência do mesmo, estando atualmente em apreciação pela Direção

do Serviço. Neste sentido, como enfermeiro EEMC, realizamos o projeto de gestão da dor funcionando também como elo de ligação entre os restantes participantes.

A proposta do processo de aplicação do protocolo de gestão da dor, inicia-se após a avaliação da dor realizada na triagem *Manchester*, utilizando a escala da dor disponível e adequada ao doente, sendo nesse momento, se necessário, ativado o protocolo de analgesia por parte do enfermeiro. Os enfermeiros deste serviço, demonstraram a preocupação de uniformizar ou padronizar procedimentos, no que se refere à utilização do mesmo instrumento de avaliação da dor, como a Escala Numérica da Dor nos doentes com comunicação preservada e cognitivamente capazes. O enfermeiro responsável pela área à qual o doente fica alocado, inicia o protocolo, previamente ativado na triagem *Manchester*, deste, fazem parte as intervenções adequadas ao SU presentes na Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) (1999), sendo elas: monitorizar dor, assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento, aplicar envolvimento frio, assistir a identificar estratégias de alívio da dor, referenciar para o serviço médico.

A monitorização e registo do 5º sinal vital, é de extrema importância para uma gestão eficaz da dor. Os instrumentos para avaliação da intensidade da dor devem respeitar a circular normativa nº 09/DGCG de 2003, sendo que, na triagem *Manchester* do SU, as mais utilizadas são a Escala Numérica e a Escala de Faces.

A Escala Numérica da Dor, segundo (Farrar T. [et al.] 2001) é constituída por 11 pontos, onde zero representa ausência de dor e dez o pior possível, podendo ser utilizada na dor crónica. (Bailey B. [et al.] 2001) refere que pode ser utilizada na dor aguda, sendo apresentada como instrumento físico ou oral.

A Escala de Faces, segundo (Garra G. [et al.] 2010), consiste em desenhos de expressões de faces que representam a intensidade da dor.

O posicionamento é também uma medida não farmacológica que pode ser eficaz na gestão da dor. Foi-nos possível, auxiliar um doente vítima de luxação de ombro no posicionamento do membro, de forma a que a sua dor diminuísse, de grau oito para grau três, na Escala Numérica da Dor. Este procedimento foi executado com recurso a rolos, cunhas e almofadas, contribuindo para o alívio da dor durante o período em que o doente aguardava a redução da luxação, que compreende o tempo de espera para observação, realização de RX e posterior reavaliação para redução de luxação.

O envolvimento frio pode ser aplicado no contexto da urgência através de sacos de ativação de frio existentes no serviço. No entanto, a sua aplicação deve ser vigiada devido ao risco de queimadura.

Para (Elkin K. [et al.] 2005), o frio tem diversos efeitos terapêuticos na dor, como sendo: a diminuição do fluxo sanguíneo devido à vasoconstrição, assim, previne o edema e diminui a inflamação, atua como anestésico local e promove o relaxamento muscular, aliviando a dor.

Para (Sofaer B. [et al.] 1994), a técnica de distração pode ser realizada através da focalização da atenção do doente em estímulos diferentes da dor, como incentivar a falar sobre uma memória agradável, contribuindo assim, para o aumento da tolerância à dor ou redução da sua intensidade. Esta intervenção deve ser executada enquanto se aguarda o efeito dos analgésicos. A imaginação, é também um recurso que pode ser eficaz no alívio da dor.

Para uma gestão da dor eficaz, é essencial uma atuação planeada, organizada e, sempre que necessário, em parceria com os restantes profissionais de saúde, existindo um conjunto de medidas não farmacológicas e farmacológicas de gestão da dor.

O Programa Nacional de Luta Contra a Dor (2008), recomenda também medidas não farmacológica na gestão da dor, dando orientações abrangentes sobre ensinios do autocontrolo da dor, de forma a reduzir a sua intensidade ou aumentar a tolerância à mesma, podendo estas ser comportamentais ou do tipo cognitivo.

Contudo, é sabido que os analgésicos não são substituídos pelas técnicas não farmacológicas, no entanto, segundo (Watson W. [et al.] 2003), contribuem para a diminuição da dosagem de fármacos e redução de dor enquanto os analgésicos não produzem o efeito pretendido.

No SU, foi sugerida ao Enfermeiro tutor, futuramente haver uma formação dos enfermeiros sobre a gestão da dor, dado não ter sido possível realizar no decurso do estágio, no sentido de sensibilizar os profissionais para a importância do 5º sinal vital.

Assim, entendemos que o enfermeiro EEMC desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade, sensibilização, uniformização e dinamização de processos que visem a melhoria da qualidade dos cuidados.

No decurso do estágio no SU, agimos tendo por base as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), nos cuidados à pessoa em situação crítica. O principal objetivo da sua aplicação no exercício profissional foi a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos. O cumprimento das PBCI durante a prestação de cuidados tem uma eficácia comprovada na diminuição de risco de infeção.

Presenciamos situações de doentes com suspeita e outros colonizados com Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), Enzimas Produtoras de Carbapenemases (EPC), em que os doentes não estavam identificados, embora estivessem

isolados com cortina, o que levava a que os profissionais estivessem menos despertos para medidas de proteção como é recomendado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2017). Assim, sensibilizamos os profissionais para medidas de prevenção de transmissão por EPC, assim como, facultamos o manual do PPCIRA (2017), onde constam essas medidas, tais como, os cinco momentos de higienização das mãos, equipamento de proteção individual, como luvas, máscara e avental, uma vez que não trocam de farda entre doentes. Ressalvamos também, momentos de formação informal aos assistentes operacionais quanto às referidas medidas, assim como, a importância da higienização ambiental, equipamentos, roupas, resíduos, alimentos, bem como a necessidade de isolamento. Após a referida intervenção, iniciamos a sinalização de doentes sob suspeita e com presença de EPC confirmada.

Segundo Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), a aplicação das PBCI traduzem as regras de boas práticas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde, de forma a minimizar o risco de transmissão de infecção cruzada. Este tema, foi alvo de reflexão informal com o tutor de estágio, contudo, não foi possível executar ação formativa, por uma questão da calendarização formativa deste ano já estar completa. No entanto, sugerimos uma ação formativa sobre PBCI em contexto de urgência para o próximo ano.

Atualmente o PPCIRA hospitalar está em reestruturação, de forma que não foi possível avaliar a interligação desse serviço com o SU.

Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

No decurso do estágio desenvolvido na UCI, tivemos oportunidade de verificar que existe uma articulação organizada e estruturada com o serviço da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA). No momento em que existe uma suspeita de infecção, o serviço envia a amostra para o laboratório que, posteriormente, comunica o resultado à UCI e à CCIRA. Durante o estágio tivemos contacto com doentes infetados com *clostridium difficile*, respeitando sempre os procedimentos emitidos pela DGS (2013) e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*, promovendo os cuidados de saúde segundo as recomendações da PPCIRA (2017). Desde sempre sentimos uma elevada preocupação e conhecimento acerca desta temática por parte dos profissionais do serviço.

Com o propósito de diminuir o risco de infecção, efetuamos diversas informações informais para a saúde aos acompanhantes dos doentes, no sentido de higienizarem as mãos aquando à entrada na UCI. (Alyahya M. [et al.] 2018), considera que os doentes das UCI, estão sujeitos a maior risco de infecção pela sua vulnerabilidade, idade e hospitalização

prolongada. A vulnerabilidade imunológica do doente crítico na UCI relaciona-se não só com a patologia como também com a alteração do ritmo circadiano, (Scheiermann C. [et al.] 2013; Deng W. [et al.] 2018), referem existir uma forte ligação entre o controlo do ritmo circadiano e o sistema imunológico. Com isto, realizamos momentos de reflexão informais com os enfermeiros tutores, no sentido de otimizar intervenções neste âmbito.

Deste modo, torna-se crucial envolver todas os elementos da equipa, assim como, os acompanhantes, na prevenção e controlo de infeção. (Abulhasan B. [et al.] 2017), realizou um estudo de coorte prospetivo relativo a infeção nasocomial entre abril de 2010 e março de 2016, concluindo que as estratégias preventivas, contribuíram para uma baixa taxa de infeção associada a cateter vesical, cateter venoso central e *clostridium difficile*.

No decurso do estágio foi executada prevenção de infeção associada a cateter venoso central e cateter uretral de acordo com o feixe de intervenções da DGS (2015). No que respeita à inserção do cateter uretral, a norma prevê a lavagem do meato uretral com água e sabão. (Yan L. [et al.] 2018) corrobora esta atuação, com um estudo experimental realizado a 96 doentes submetidos a algaliação numa UCI nível III, em que, 48 dos doentes foram submetidos a lavagem do meato uretral com água e sabão e os outros 48 com iodoprovidona a 10%. Concluiu após o estudo, que a utilização da iodoprovidona a 10% não reduz a taxa de incidência de infeção do trato urinário no período em estudo. Concluímos assim que a norma se mantém de acordo com a mais recente evidência.

Em contexto de estágio, foi possível realizar auditorias à introdução de cateter venoso central, penso do local de inserção do cateter venoso central, cumprimento do feixe de intervenções da Pneumonia Associada a Intubação (PAI), segundo a norma 21/2015 da DGS, assim como, auditoria aos carros de emergência dos serviços de internamento. As auditorias têm um caráter educativo e não punitivo, permitindo assim, o envolvimento dos profissionais numa melhoria constante da qualidade. Para (Viana C. [et al.] 2016), as auditorias de enfermagem devem assumir um papel educador. De referir que no serviço, existe também uma *checklist* de preparação de equipamento para transporte do doente crítico, com vista ao cumprimento de padrões de qualidade e realização de intervenções com maior segurança.

Com a experiência vivida em contexto de estágio na UCI, verificamos que os procedimentos ou intervenções às quais estavam associadas as auditorias, existe um maior controlo de recursos e um melhor envolvimento da equipa. As auditorias permitem uma verificação de procedimentos e controlo de qualidade permanente. Os profissionais do serviço em questão, demonstraram uma grande receptividade às auditorias realizadas pelos

colegas, revelando por isso, uma cultura de segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Ao longo dos anos, com o desenvolvimento da medicina, o número de doentes que sobrevivem a internamentos na UCI tem aumentado. A hospitalização prolongada neste serviço, tem um impacto a curto e longo prazo sobre o doente e família, existindo elevado risco de desenvolver Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

O SPICI na família (SPICI-F) ou no doente (SPICI-D), são termos desenvolvidos pela Society of Critical Care Medicine. Segundo (Petrinec A. 2017), os familiares de doentes críticos em contexto de UCI, podem desenvolver SPICI-F, que se manifesta através de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. O doente crítico, pode desenvolver SPICI-D, que segundo (Kondo Y. [et al.] 2017), é manifestado por disfunção cognitiva, física e desenvolvimento de patologias do foro psiquiátrico. Para (Choi J. [et al.] 2014) o SPICI-D, podemos manifestar logo nos primeiros quatro meses pós alta, através de perturbações de sono, fadiga, fraqueza muscular e dor.

Assim, como futuro enfermeiro EEMC, agimos com o propósito de obter a excelência e qualidade dos cuidados de saúde prestados em contexto do estágio desenvolvido na UCI, desenvolvendo intervenções no sentido de prevenir o SPICI-D, pelo que, realizamos mobilização precoce do doente, participação na interrupção diária da sedação, avaliação e controlo da dor e controlo do ritmo circadiano. Para (Scruth E. 2014), o enfermeiro pode dar um grande contributo na redução do SPICI-D com intervenções como redução/interrupção da sedação, incentivar doentes mecanicamente ventilados a deambular, entre outras, o autor defende que deve ser garantida a maior proximidade possível, das funções de base do doente.

Como futuro enfermeiro EEMC, entendemos que a consciencialização sobre a necessidade de prevenção de SPICI-D é imperiosa, não só na ação direta para com o doente, mas também, na formação da equipa. Para (Rawal G. [et al.] 2017), esse esforço pode melhorar a capacidade funcional do doente a longo prazo, contribuindo para a qualidade de vida do mesmo e da família.

Foi também, preenchido o diário do doente, existente no serviço, e explicado ao familiar o benefício da sua participação na redação do mesmo. No diário do doente, segundo (Locke M. [et al.] 2016), devem ser incluídas informações datadas pela equipa multidisciplinar e família, como a explicação sobre a razão do seu internamento, intervenções realizadas e estado do doente, dando especial valor ao momento do desmame ventilatório e transferência da unidade. Para (Kondo Y. [et al.] 2017), o diário oferece um forte contributo para o doente crítico recuperar do SPICI-D. Contudo, (Davidson J. [et al.]

2016), refere que este é um momento crucial para a investigação em enfermagem sobre o SPICI, em contexto de doente crítico, uma vez que existe pouca evidência sobre a temática.

Apesar da existência de pouca evidência no que respeita ao benefício do diário, (Akerman E. 2018) refere a importância do ser humano como um todo, pelo que, apesar de não existir evidência na recuperação psicológica, é certo que muitos doentes gostam de ter um diário podendo assim, ser um contributo para lidar com um evento crítico numa perspetiva holística e não só física ou mental.

No que respeita ao familiar, foi disponibilizado todo o tempo possível para explicar as intervenções de enfermagem e promover a participação dos mesmos nos cuidados e assim, reduzir a probabilidade de SPICI-F. Para (Petrinec A. [et al.] 2017), este síndrome contribui para a diminuição da qualidade de vida dos familiares, representando também, um potencial aumento dos custos para os serviços de saúde, pela necessidade de utilização de outros recurso.

Esta UCI, tem um horário alargado de visitas, oito horas e trinta minutos por dia, temática que será desenvolvida mais pormenorizadamente posteriormente, primando pela qualidade dos cuidados, disponibiliza consultas de *follow up* ao doente e família após a alta, ficando os enfermeiros responsáveis pela consulta do familiar, na qual tivemos oportunidade de participar, assim como, nos registos de enfermagem. (Beusekom I. [et al.] 2016), sugere um acompanhamento do familiar, de pelo menos seis meses após a alta, no sentido de realizar um rastreio do SPICI-F. Esta consulta tem como finalidade identificar stress pós-traumático nos familiares ou acompanhantes, resultantes do internamento do doente, e referenciá-los para o clínico especialista, caso necessário.

No que respeita à avaliação da dor, fizemos a gestão da dor do doente crítico com atitudes farmacológicas e não farmacológica, como o posicionamento. Os instrumentos para avaliação da intensidade da dor devem respeitar a circular normativa nº 09/DGCG de 2003, sendo que, na UCI, as escalas utilizadas são a Escala Numérica da Dor, acima descrita, e a Behavioral Pain Scale (BPS).

A avaliação da dor em contexto de cuidados intensivos é uma intervenção desafiadora, uma vez que por vezes os doentes não colaboram nessa avaliação devido à sedação, surgindo diretrizes internacionais no sentido de avaliar a dor recorrendo a instrumentos baseados em parâmetros comportamentais. (Hylén M. [et al.] 2016), refere a BPS como sendo um instrumento que foi submetido a estudos internacionais que conferiram validade e confiabilidade na utilização desta escala em doentes intubados ou não, em contexto de UCI.

Como futuro enfermeiro EEMC, agimos garantindo uma gestão eficaz da dor através da aplicação de escalas de avaliação (Escala Numérica da Dor, BPS) e medidas farmacológicas e não farmacológicas (posicionamento), de forma a minimizar o impacto imediato, pelo alívio da dor, assim como, a longo prazo, uma vez que segundo (Reade M. [et al.] 2014), uma gestão da dor atempada e eficaz contribui para a prevenção de *delirium*. De referir que, a dor é a memória mais comum dos doentes internados em UCI, tal como refere (Stein-Parbury J. [et al.] 2000).

A melhoria contínua da qualidade, compreende uma coesão de conhecimentos e evidência científica, no sentido de dar resposta adequada e segura às necessidades do doente e família.

Competências desenvolvidas:

- *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;*
- *Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- *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.*

2.3 Domínio da gestão de cuidados

A importância da gestão em enfermagem, já era uma preocupação de Florence Nightingale em 1860 quando categorizou os profissionais em Lady-Nurses e Nurses. Segundo (Souza A. [et al.] 2006), Lady-Nurses eram responsáveis pela supervisão dos cuidados e ensino, enquanto as Nurses pelo desempenho de tarefas. Assim, o enfermeiro assume-se historicamente, como sendo um profissional com competências na gestão de cuidados, permitindo desenvolver condições de qualificação de cuidados.

No decurso do estágio, a gestão de cuidados assumiu-se como fundamental, uma vez que, o planeamento e execução das intervenções, deve priorizar as necessidades do doente

de forma eficaz e eficiente e não de uma forma estandardizada. Com vista a dar resposta às competências inerentes a este domínio, traçamos os objetivos a seguir indicados.

Objetivos específicos:

- Participar na gestão do serviço ao nível dos recursos materiais humanos e cuidados de enfermagem;
- Integrar a dinâmica funcional do local de estágio.

Serviço de Urgência

No âmbito do domínio da gestão de cuidados, de acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro e o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, o enfermeiro EEMC gere os cuidados de forma a otimizar a resposta da equipa, assim como, os recursos existentes, adequando-os às necessidades dos serviços de forma a que seja garantida a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados em tempo oportuno.

Na consecução destes objetivos, foi realizada uma entrevista informal ao Enfermeiro Chefe, com vista a perceber a organização do serviço no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais.

Face à entrevista acima referida, percebemos que existem, nove enfermeiros coordenadores, sendo todos eles especialistas, e um Enfermeiro Responsável, também ele especialista, num contexto de sessenta enfermeiros. A distribuição da equipa é realizada pelo Enfermeiro Responsável ou Enfermeiro Chefe, de referir que foi aproveitada a oportunidade de participar na gestão de recursos humanos ao nível da distribuição diária dos enfermeiros pelos respetivos serviços, assim como, na execução do horário de novembro. Os pedidos de material são efetuados bissemanalmente pelo Enfermeiro Responsável ou pelo Enfermeiro Coordenador, podendo ser efetuados pedidos extra, mediante o fluxo de doentes. A seleção dos enfermeiros que dão apoio à sala de emergência obedece a três critérios, são eles: o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), o curso de Trauma e a experiência em SU. Para a triagem os enfermeiros devem ser detentores de curso de triagem *Manchéster* e experiência em SU.

Dada a magnitude do SU, a delegação é elementar, assim, o Enfermeiro Chefe, tal como todos os gestores, delega atividades nos enfermeiros, contribuindo para uma maior responsabilização de todos pelo serviço. No entanto, no que concerne ao que é delegado, (Hersey P. [et al.] 1986), refere que é necessário atender aos aspetos essenciais na pessoa a

quem se delega, tais como a confiança, a experiência e o conhecimento na atividade a delegar.

De acordo com o EOE (2015), os enfermeiros têm o dever de garantir a continuidade e a qualidade das atividades a serem delegadas. Para (Loureiro A. [et al.] 2012), a responsabilidade na delegação de atividades, recai não só sobre quem delega, como também no profissional que aceita a delegação, sendo este responsável pelos seus atos, devendo seguir as orientações do enfermeiro que delega.

No desenvolvimento de uma gestão eficaz, o Enfermeiro Gestor deve inspirar os profissionais a desenvolver atitudes face aos objetivos traçados. Para (Fernandes L. [et al.] 2011), o enfermeiro gestor deve estimular os seus pares a melhorar, deve enaltecer e fazer observações construtivas dando reforço positivo, no sentido de valorizar o profissional, de forma a que este se sinta satisfeito aquando à concretização dos objetivos.

No decurso do estágio, tivemos oportunidade de verificar que a chefia opta por uma liderança democrática, em que se preocupa com a participação e formação dos profissionais, estimulando-os a melhorar, assim como, considera a opinião do grupo, para decisões no âmbito do funcionamento do serviço. (Jones S. [et al.] 2016), refere -se à liderança democrática caracterizando-a como sendo de unidade, incentivo dos profissionais à participação na organização do serviço e promoção de trabalho em equipa. (McGregor D. 2006), descreve este estilo de liderança como sendo participativo, demonstração de confiança nos profissionais, contribuindo para uma melhor satisfação e compromisso profissional.

No que respeita à gestão de recursos materiais, tivemos oportunidade de gerir *stocks*, realizar pedidos de material, assim como, verificar todas as manhãs a *checklist* da sala de emergência, incluindo material e fármacos existentes nos carros das diferentes bancadas e teste de desfibriladores. Foi uma atividade facilitadora no sentido de inteirar mais rapidamente, a localização de todo o material, para agir em tempo útil na prestação de cuidados ao doente crítico.

No SU, o sistema informático de gestão de cuidados é a triagem *Manchester*, criado para atender todos os doentes que recorrem ao SU, estabelecendo uma diferenciação de forma organizada e por ordem de prioridade de acesso a cuidados médicos. Segundo (Ganley L. [et al.] 2011), este algoritmo é composto por cinquenta e dois fluxogramas, após a seleção de cada um deles é apresentada uma lista de discriminadores, que são questões e respostas concretas, sendo à priori atribuída uma cor mediante o tempo para atendimento médico. De referir, que o doente, a qualquer momento pode ser re-triado, no sentido de progredir a respeito da prioridade de atendimento, mas nunca regredir.

Durante o período de permanência na referida área, desenvolvemos competências de comunicação verbal com o doente e família/acompanhante, como falar devagar, utilizando uma linguagem simples e clara uma vez que foi necessário realizar entrevistas de avaliação inicial objetivas e céleres, por forma a definir o nível de prioridade de atendimento. Tivemos a preocupação de orientar o doente, de um modo geral, sobre a forma como iria decorrer a passagem pelo SU. (McCarthy D. [et al.] 2012), realizou um estudo num SU com o objetivo de perceber a eficácia das técnicas de comunicação utilizadas nos doentes. Para o efeito utilizou um questionário da *American Medical Association* utilizando uma amostra de 356 profissionais. Como conclusão, verificamos que efetivamente a utilização de uma linguagem simples e falar devagar, tem melhores resultados no que respeita à eficácia da perceção da informação. No entanto, verificamos que neste estudo, a técnica *teach back*, em que se pretende que o doente explique de volta a informação cedida, foi a menos utilizada pelos profissionais, e por isso carece de maior investigação no que respeita à sua eficácia.

Realizamos os registos de enfermagem no sistema informático Sclínico, tanto na sala de emergência, como nas restantes áreas.

A gestão de cuidados de enfermagem em contexto de urgência foi um desafio diário. A afluência de doentes emergentes de forma irregular, assim como, a sobrelotação do serviço, dificultou a gestão de cuidados numa fase inicial, sendo superado no decorrer do mesmo.

Dados de PORTDATA² referentes aos anos de 2013 a 2016, revelam que o número de doentes que recorrem ao SU tem vindo a aumentar.

Para (Santos J. [et al.] 2013), o SU representa para a população um acesso rápido aos cuidados de saúde. Para o autor, assim como (Erenler K. [et al.] 2014; Salway J. [et al.] 2017) a razão da sobrelotação deste serviço deve-se à carência de apoio nas unidades de saúde, o que dá origem a que doentes não urgentes, recorram ao SU, na expectativa de serem observados pelo médico, ou porque acreditam que o somatório dos recursos lá existentes é mais resolutivo. (Salway J. [et al.] 2017), refere ainda que a falta de vagas nos internamentos é um contributo para esta problemática. Para o autor, a sobrelotação do SU representa um problema a nível mundial. Defende ainda, que este fenómeno provoca diminuição da qualidade dos cuidados. Perante isto, nem sempre o número de enfermeiros é suficiente para

² Fonte PORTDATA, Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Urg%C3%A0ncias+nos+hospitais-246>

o número de doentes que acedem ao SU, originando a que, por vezes os profissionais sigam por um exercício mais tecnicista, deixando de parte a componente pessoal dos doentes.

Segundo (Jorge V. [et al.] 2012), o excesso de trabalho aliado ao stress e ambientes desorganizados, tendem a proporcionar cuidados de enfermagem mecanizados, tecnicistas e impessoais.

É factual que a limitação ao nível do espaço físico, criou desafios diários no planeamento e implementação de cuidados de enfermagem pela sua desorganização ambiental. A existência de doentes em maca nos corredores acarreta problemas, no que respeita à indisponibilidade de dispositivos ou equipamentos necessários aos cuidados de saúde. Uma das preocupações presentes em estágio, e nesta situação em particular, foi a identificação dos doentes nas respetivas macas, confirmando sempre, antes de qualquer procedimento, o nome e data de nascimento com o doente ou familiar/acompanhante se necessário, obedecendo a normas da instituição e, procurando com isto, diminuir a possibilidade de erro. Perante o cenário descrito, houve necessidade de gerir os recursos disponíveis, de acordo com as necessidades dos doentes.

Aquando à gestão e elaboração do plano de cuidados, centramos a atuação no doente e família, criando oportunidade de participação nos cuidados, salvaguardando situações, em que por motivos de tratamentos ou exames, não seria possível a presença do acompanhante, respeitando a Lei nº 33/2009.

Ao longo do estágio, procuramos ter uma conduta de comunicação com a família, mesmo em situações em que não era possível a sua presença, como acima referido, tendo contactado com os mesmos na sala de espera, no sentido de prestar informações, (Hsiao P. [et al.] 2016), refere após um estudo sobre as necessidades da família de doentes no SU, que alguns familiares, mais do que participar nos cuidados, anseiam e consideram a informação sobre o doente o mais importante.

A participação dos familiares nos cuidados, traduz o reconhecimento das necessidades do doente e família. Para (Carlson E. [et al.] 2015; Jabre P. [et al.] 2014), a inclusão da família não só reduz o stress, como também a ansiedade dos membros da família.

No decurso do estágio, otimizamos o processo de tomada de decisão, colaborando na reflexão e consenso da equipa multidisciplinar, no intuito de promover conforto e controlar sintomas, referimos como exemplo, uma situação de uma doente em estado terminal, como a não administração de procedimentos invasivos, na qual se optou por medidas de conforto ao doente, que passaram pela administração de terapêutica analgésica e antiemética. Para (Bennett S. 2018), o tratamento fisiologicamente fútil do doente em estado terminal não deve

ser continuado, o conhecimento e a experiência deve ser um contributo para estas decisões, podendo-se optar por medidas de conforto, como o tratamento analgésico. Determinar a concetualização de doente em estado terminal não é simples, contudo, para (Guitierrez P. 2001), este conceito aplica-se a situações em que a morte é previsível ou inconjurável, não sendo possível recuperar as funções essenciais à vida.

Segundo o EOE (2015), o trabalho em equipa, compreende a responsabilidade do enfermeiro na sua esfera de competência, assim como, o reconhecimento e respeito pelos limites da área de competência de outras profissões de saúde. No decurso do estágio, procuramos uma articulação com a equipa multidisciplinar, indo de encontro ao exercício de enfermagem em complementaridade funcional. Articulação essa, que se funde com uma capacidade de comunicação interdisciplinar e se traduz fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e especializados.

Neste sentido, procuramos otimizar o processo de cuidados, contribuindo de forma ativa com todos os membros da equipa, ressalvamos uma situação específica, na qual presenciamos um doente com suspeita de fratura maleolar. Nesta situação, verificamos que o doente necessitava de analgesia, perante isto, sensibilizamos o clínico especialista para a necessidade de administração de analgésicos, assim como, para a presença de um familiar, uma vez que o doente estava muito ansioso e com dor nível dez na Escala Numérica da Dor. Segundo (Çelik G. [et al.] 2013), a presença de um familiar reduz a ansiedade, especialmente durante intervenções dolorosas. A sugestão foi aceite pelo profissional. No período de tempo em que o fármaco perfundi, optamos por intervenções não farmacológicas presentes na CIPE (2012), como assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento, assistir a identificar estratégias para alívio da dor e aplicar envolvimento frio.

A gestão de cuidados teve como princípio o delineamento de prioridades, sempre de acordo com o grau de urgência e respeitando o sistema de prioridades da triagem *Manchéster*.

No decurso do estágio supervisionamos cuidados prestados por enfermeiros do curso base, especificamente nos cinco momentos de higienização das mãos, de acordo com a circular normativa nº 13/DQS/DSD DE 14 de junho de 2010.

Como enfermeiro EEMC, procuramos participar na gestão de recursos, através de momentos de reflexão informais com os enfermeiros tutores e a com orientação da Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho, assim como, pronunciar qualidade nos cuidados prestados, adequando e sensibilizando a equipa para uma gestão de recursos com vista à diminuição do desperdício.

Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

No decurso do estágio realizado na UCI, foi realizada uma entrevista informal ao Enfermeiro Chefe, com vista a perceber a organização do serviço no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais.

Face à supracitada entrevista, percebemos que existe um enfermeiro de referência responsável pela colaboração com o Enfermeiro Chefe na gestão de cuidados, recursos humanos e materiais. A equipa é composta por dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro com especialidade em Saúde Mental e doze enfermeiros EEMC, que entre várias funções desempenhadas, fazem também parte de comissões de escolha de material, assim como, uma parte destes enfermeiros, tem funções no departamento de formação de emergência. O plano de formação é organizado no início de cada ano por um enfermeiro EEMC.

O número de elementos no turno da manhã era seis, passando para quatro no turno da tarde e noite. O cálculo do rácio é de 1 enfermeiro para 1.7 doentes, cumprindo o disposto no Regulamento 533/2014 de 2 de dezembro, no que respeita ao cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem para as UCI de nível III. Esta recomendação, surge da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos que classifica as UCI em três níveis. Este rácio foi recomendado como requisito mínimo de profissionais e é adotado pela DGS em Portugal.

No decurso do estágio, tivemos oportunidade de verificar que a chefia opta por uma liderança democrática, caracterizada anteriormente, em que se preocupa com a participação e formação académica dos profissionais, estimulando-os a melhorar, assim como, considera a opinião do grupo, para decisões no âmbito do funcionamento do serviço. Tivemos oportunidade de verificar também, que os elementos são chamados a participar na resolução de problemas do serviço, tais como etiquetagem e identificação de fármacos.

Verificamos que a chefia tem a capacidade de congratular os profissionais através da ilustração de gráficos que demonstravam a melhoria e excelência dos cuidados, como foi o caso de ausência de bacteriemia com foco no cateter venoso central.

O serviço encontra-se organizado, no que respeita à sua logística e farmacologia, pela metodologia Kaizen. Segundo (Coimbra, E. 2016), esta metodologia é uma palavra de origem Japonesa constituída por duas palavras Kai (mudar) e Zen (melhor), tendo esta expressão o sentido de mudar para melhor. Para este autor, esta organização de material, tem por princípio o aumento da produtividade, rentabilização e eliminação de desperdícios, o que

se verificou em campo de estágio uma vez que o acesso ao local do material e fármacos, está facilitado por organigramas, mesmo para quem é novo no serviço, como foi o caso.

A integração no local de estágio, foi facilitada pela colaboração de toda a equipa pela sua capacidade de integração e profissionalismo. Tivemos oportunidade de consultar protocolos de atuação disponíveis *online*, assim como, perceber a dinâmica do serviço através de entrevistas informais com os enfermeiros tutores e Enfermeiro Chefe.

A longo do estágio, priorizamos a participação da família aquando aos cuidados de saúde prestados, como o posicionamento de forma a proporcionar o toque e a comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica, valorizando o seu potencial para o benefício do doente crítico. (Orgeas M. [et al.] 2010), realizou um estudo prospetivo, sobre a perceção da família e doentes na UCI no que respeita ao envolvimento da família nos cuidados. O autor concluiu que a maioria dos doentes e familiares referem satisfação com este envolvimento, embora os familiares, por vezes, tenham manifestado alguma ansiedade.

O envolvimento do familiar nos cuidados ao doente crítico em contexto de uma UCI, favorece e melhora os resultados do doente e família como na diminuição de *delirium* e ansiedade. Tal como afirma (Meyers T. [et al.] 2000), os doentes confiam nos membros da família, sendo parceiros de cuidados, e muitas vezes, no sentido de o ajudar o doente a entender as informações. Para (Hetland B. [et al.] 2017), o envolvimento da família nos cuidados contribui para a redução de ansiedade, aumento da satisfação e ligação entre ambos. Para (Bryczkowski S. [et al.] 2014; Wassenaar A. [et al.] 2017; Smithburger P. [et al.] 2017) a inclusão da família nos cuidados diminui a incidência de *delirium*. No entanto, verificamos ser necessário, que os enfermeiros desenvolvam mais investigação, no que se refere à relação do envolvimento da família nos cuidados e os resultados clínicos para o doente.

Concluimos assim, que os cuidados devem ser centrados no doente e família, razão pela qual, a equipa de enfermagem deve estar empenhada e bem preparada, para a inclusão dos mesmos nos cuidados. Neste caso, ressaltamos a capacidade organizacional, que a equipa da UCI teve, em integrar a família nos cuidados, contribuindo para o apoio ao doente em estado crítico e família.

Nas unidades de cuidados intensivos, com a evolução dos últimos anos, cada vez mais, se verifica a existência de doentes submetidos a ventilação mecânica com baixos níveis de sedação e em estado de alerta, com tubo endotraqueal ou traqueostomia, tal como afirma (Balas M. [et al.] 2012).

Com o propósito de efetuar uma gestão de cuidados com qualidade, procuramos desenvolver conhecimentos e habilidades no que respeita à comunicação, demonstrando o

desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação e adaptação da comunicação ao estado do doente.

A comunicação com o doente crítico submetido a ventilação invasiva, desde cedo nos despertou interesse, pela dificuldade sentida em estabelecer contacto, e pela percepção da angústia, cansaço e impaciência por parte dos doentes perante a dificuldade em comunicar. (Tolotti A. [et al.] 2018), realizou um estudo através de entrevistas semiestruturadas realizadas a doentes após a alta da UCI, que tinham sido submetidos a traqueostomia. Os principais fatores de desconforto foram a impossibilidade de utilizar a voz como forma de expressão, raiva durante momentos de difícil comunicação ou mal-entendidos, e ainda, a dificuldade em não saber o que está a acontecer, viver isolado e sentir que ninguém se preocupa. Já a presença da família foi identificada como o principal fator tranquilizante. Mais uma vez se concluímos, que a presença da família no tratamento do doente crítico, revela-se essencial, tendo sido uma das nossas preocupações em contexto de estágio.

De ressaltar que, a UCI tem um horário alargado de visitas, oito horas e trinta minutos por dia, contribuindo assim, para a minoração do impacto dos problemas supracitados. (Rosa R. [et al.] 2017), realizou um estudo, por sete meses em 2015, numa UCI com horário alargado de visitas, doze horas por dia, em 145 doentes, comparando com 141 doentes com período restrito de visitas, quatro horas e trinta minutos por dia, onde concluiu que o horário alargado de visitas, está associado a menor incidência de *delirium*. Durante o período de estágio, sensibilizamos os familiares dos doentes, para a necessidade de visitar o doente, de forma a manter contacto prolongado, explicando os benefícios para a prevenção do *delirium*.

O enfermeiro EEMC deve adotar e desenvolver habilidades facilitadoras de comunicação, pelo que, no decurso do estágio, utilizamos a comunicação com o doente crítico no sentido de reduzir a sua ansiedade, aumentar a confiança, criar maior aproximação entre o doente e o enfermeiro, assim como, possibilitar uma maior percepção ao doente. Assim, utilizamos técnicas disponíveis no serviço com o objetivo de facilitar a comunicação, tais como, placa de comunicação, letras do abecedário e imagens. (Happ M. [et al.] 2016), salienta a frustração e ansiedade do doente com suporte ventilatório, pela sua incapacidade na comunicação, quando submetido a intervenções de enfermagem, pelo que, propõem a utilização de materiais como meio facilitador.

Na abordagem de um doente com traqueostomia, realizamos a troca da cânula interna, procurando explicar ao doente o procedimento, de forma a prepará-lo psicologicamente e com isto, minorar o impacto da intervenção criando confiança no

profissional. Para (Donnelly F. [et al.] 2006), a mudança de uma cânula de traqueostomia é mais complexa do que uma simples sensação física, exigindo que o doente se prepare psicologicamente para o procedimento, salientando a importância da confiança do doente no profissional.

Em contexto do estágio, e como futuro EEMC, a organização e execução das intervenções de forma fundamentada torna-se premente, pelo que, otimizamos os cuidados no que respeita à tomada de decisão, intervindo com a identificação da necessidade de convergência de procedimentos entre normas existentes e os seus benefícios para o doente, prescrevendo soluções nos cuidados ao doente crítico. Confrontámo-nos com recomendações que careceram de uma atitude convergente no que respeita à elevação do tronco, perante um doente entubado com úlcera de pressão (UP) na região sacrococcígea, que necessitava de alívio de pressão para diminuição de forças de cisalhamento para tratar a UP, mas também, em que era necessário realizar a prevenção da PAI.

Para uma prevenção eficaz da PAI, segundo a norma 21/2015 da DGS, assim como, (Metheny A., [et al.] 2013, Alexiou G. 2009), recomendam uma elevação da cabeceira acima de 30° com objetivo de diminuição da mortalidade, tempo de internamento e custos associados ao internamento. Por outro, a permanência prolongada acima de 30° favorece o aumento de pressão e forças de cisalhamento. Para (Zuo X. [et al.] 2015), a exposição prolongada a pressão e forças de cisalhamento, representam um alto risco de desenvolvimento de UP em doentes internados nas unidades de cuidados intensivos, contribuindo para o aumento significativo de morbilidade, mortalidade e aumento de custos associados ao internamento. Para (Burk R. [et al.] 2012), as úlceras de pressão e a PAI são comuns em doentes críticos, contribuindo para a morbilidade, mortalidade e aumento de custos no serviço de saúde. Assim, desempenhamos um exercício com uma atitude preventiva, no que se refere a UP e PAI.

Segundo as *guidelines da European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2014), a elevação da cabeceira até um máximo de 30° favorece a prevenção das UP, assim, entendemos que tendo por base a evidência acima mencionada, a cabeceira a 30° favorece a prevenção da PAI e não aumenta o risco de UP. Com isto, passamos a realizar o posicionamento como descrito, utilizando um transferidor eletrónico existente em cada unidade do serviço.

Os focos de atenção de um enfermeiro EEMC, devem ir muito além da prestação de cuidados ao doente crítico como a gestão do plano de cuidados, reformulação do processo de enfermagem de forma contínua atendendo à instabilidade do doente, gestão terapêutica,

supervisão, prevenção de complicações e uma prática baseada na evidência científica, o que nos leva a uma enfermagem avançada. Participamos também na gestão de unidades, transferindo o doente para uma unidade com luz natural devido ao risco de alteração do ritmo circadiano doente, agindo na prevenção de *delirium*. (Dessap A. [et al.] 2015), refere que o desenvolvimento do *delirium* tem frequentemente início aquando ao desmame ventilatório devido à alteração do ritmo circadiano. Para (Fitzgerald J. [et al.] 2013), a desregulação circadiana, associa-se a distúrbios cognitivos e neuropsiquiátricos que surgem no *delirium*. Para este autor, as intervenções associadas à regulação do ciclo circadiano contribuem para a prevenção do *delirium*.

Como futuro enfermeiro EEMC, procuramos participar na gestão de recursos, através de momentos de reflexão informais com os enfermeiros do serviço, assim como, pronunciar qualidade nos cuidados prestados, adequando e sensibilizando a equipa para uma gestão de recursos com vista à diminuição do desperdício. Segundo (Oliveira N. [et al.] 2009), é importante que o enfermeiro na UCI, tenha conhecimentos relativamente ao controlo e utilização do material, de forma a garantir melhor qualidade na utilização dos mesmos na prestação de cuidados ao doente, assim como, maior rentabilidade financeira. O enfermeiro especialista, assume desta forma, um papel relevante na aquisição, gestão e avaliação da qualidade do material.

Competências desenvolvidas:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Na prática de enfermagem, o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento é fundamental na reflexão e interpretação das experiências profissionais, não só no sentido da construção da identidade profissional, mas também, na construção pessoal e profissional.

A integração na dinâmica funcional do local de estágio, foi facilitada pelos profissionais que dele fazem parte, permitindo ao longo do estágio, o desenvolvimento do

autoconhecimento, partilhas de experiências relativas ao doente crítico, assim como, demonstração de conhecimentos específicos da área da EEMC.

Com isto, delineamos os objetivos a seguir mencionados, no sentido de adquirir competências do referido domínio.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir situações de sedo-analgésia;
- Executar cuidados técnicos de alta complexidade na pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica;
- Apoiar a prática clínica na investigação e no conhecimento através da utilização de tecnologias de informação, métodos de pesquisa e momentos de reflexão.

Serviço de Urgência

De acordo com o EOE (2015), os enfermeiros agem de forma autónoma no âmbito da sua área de competência, e em complementaridade quando a particularidade dos cuidados que isso implica. Para (Deodato S. 2008), a autonomia da profissão de enfermagem tem essa natureza, dado o seu desenvolvimento científico e suporte jurídico.

A atualização profissional baseada na evidência científica decorrente da investigação, que segundo (Medina E. [et al.] 2010; Pailaquilen R. 2013), é o conceito chave, rumo à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente crítico, diminuindo assim, a mortalidade e comorbilidade. De acordo com o EOE (2015), o enfermeiro deve promover a atualização através da renovação de conhecimentos, mantendo a excelência do exercício profissional.

Para (Sheehy S. [et al.] 2009), a investigação em enfermagem, promove o aumento do conhecimento da disciplina, assim como, contribui para uma maior solidez na tomada de decisões.

No decorrer do estágio, procuramos apoiar a prática clínica na evidência científica, no contexto do doente crítico, assim como, nos conhecimentos adquiridos academicamente.

No âmbito da sala de emergência, na prestação de cuidados ao doente crítico, agimos em colaboração com o enfermeiro responsável, promovendo os cuidados necessários à monitorização, vigilância e estabilização hemodinâmica do doente. Segundo (Ochagavia A.

[et al.] 2014), a monitorização hemodinâmica do doente crítico é uma ferramenta fundamental na abordagem diagnóstica e orientação terapêutica no doente crítico. A este processo, estão inerentes todas as intervenções decorrentes do SAV, preparação, transferência e receção do doente crítico, cumprimento de protocolos e normas em vigor no serviço.

Para (Coimbra E. [et al.] 2016), a pessoa em situação crítica, requer da parte de enfermagem cuidados de extrema importância na monitorização contínua e juízo clínico, de forma a ter uma visão contínua do estado do doente, permitindo assim, agir prevenindo complicações e atuando de forma eficiente e em tempo útil.

No contexto do estágio no SU, demonstramos habilidades e conhecimentos no SAV, realizamos manobras de SAV a doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR), que tiveram como base as *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação (2015). O reconhecimento precoce de instabilidade através da vigilância da monitorização foi essencial, assim como, a atuação em tempo útil nas compressões torácicas, preparação e administração de fármacos, como adrenalina e amiodarona, minimização de interrupções, administração de oxigénio e desfibrilhação em situações de PCR. Segundo (Truhlár A. [et al.] 2015), a abordagem precoce do doente em PCR, tal como, desfibrilhação precoce, reanimação cardiopulmonar (RC) de qualidade, interrupções mínimas das compressões torácicas e tratamento de causas reversíveis atempadamente, são essenciais para o sucesso da intervenção.

Nesta situação, o trabalho em equipa revelou ser de extrema importância, pelo que, elogiamos a organização dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, uma vez que estão muito bem organizados no que respeita à função que cada um ocupa, tornando a reanimação mais eficaz. Evidenciamos ainda, o papel do *Team Leader* que se mostra crucial na organização da equipa e sucesso da intervenção. Para (Castelao E. [et al.] 2015), a liderança na reanimação é crucial para o bom desempenho da equipa.

No período pós reanimação, tal como é preconizado pela *American Heart Association* (2015), efetuamos vigilância e controlo de temperatura corporal, tendo como temperatura alvo os 32° a 36°, uma vez que a febre pode agravar danos neurológicos, reconhecimento e correção de hipotensão, uma vez que pressão sistólica inferior a 90mmHg e diastólica inferior a 65mmHg está associada a um aumento da mortalidade e à diminuição da recuperação funcional, ao passo que, tensão arterial sistólica acima de 100mmHg está associada a melhor recuperação.

Posteriormente, participamos na comunicação à família das intervenções efetuadas e prognóstico. Realçamos uma das situações em que o doente já vinha em PCR, o familiar já

sabia do ocorrido, estava com sinais claros de ansiedade, no entanto, durante o procedimento não teve qualquer apoio por parte de nenhum profissional de saúde no sentido de ajudar a gerir a ansiedade ou explicar os procedimentos. Após reflexão com o tutor, e como futuro enfermeiro EEMC, procuramos assumir, em casos futuros, um papel de apoio familiar, em que foi possível encaminhar o familiar para uma sala confortável onde foram esclarecidas as dúvidas. Notamos uma diminuição do estado de ansiedade. (Haines R. [et al.] 2017), defende que devem ser treinados profissionais, prestadores de cuidados, no sentido de prestar apoio à família no decurso e após as manobras de RC.

Com isto, sugerimos ao Enfermeiro Chefe, que nestas situações, o enfermeiro de referência preste apoio a familiares de doentes em manobras de RC, em local apropriado, salvaguardando assim, a possibilidade de ajuda na gestão de ansiedade, centrando os cuidados no doente e família. Ansiedade, segundo a CIPE (2015), é uma experiência que representa angustia, ameaça, e perigo, sendo por isso caracterizada como uma emoção negativa.

A tipologia de patologias em emergência com a qual tivemos mais oportunidade de contactar, foi no âmbito da Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC). As vias verdes, segundo a norma nº 015/2017 (2017) da DGS, promovem o envolvimento de profissionais experientes na identificação precoce de problemas ou complicações, no desenvolvimento das primeiras atitudes protocoladas e sistematizadas, monitorização, assim como, na preparação para transporte intra ou inter-hospitalar. Todas estas exigências fundem-se com as competências do enfermeiro EEMC.

Na abordagem ao doente vítima de AVC, procuramos prestar cuidados de forma sistemática tendo em consideração protocolos, normas e algoritmos baseados na evidência científica, o que implicou um vasto leque de conhecimentos.

No serviço de triagem *Manchester*, foi essencial ter presente as *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke* (2018), assim como, a norma 015/2017 da DGS, que são diretrizes sobre procedimentos perante um doente com AVC. Neste sentido, presenciamos uma situação em que o doente tinha dificuldade em comunicar, boca ao lado e falta de força nos membros direitos. De imediato ativamos a VVAVC, contribuindo assim, para o diagnóstico clínico, e fizemos o transporte para a sala de emergência, local onde foi monitorizado e avaliado em pormenor. Foi assegurada a via aérea com controlo da coluna cervical, a ventilação e dois acessos venosos de grande calibre.

Segundo a Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO (2010) da DGS, a identificação precoce de situações de risco, pode melhorar consideravelmente o prognóstico do doente.

Foi aplicada a escala do *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), que segundo (Castro P. [et al.] 2008), quantifica os défices neurológicos associados ao AVC.

Neste contexto, desenvolvemos também atividades no âmbito de preparação do doente crítico para transporte intra e inter-hospitalar. No caso descrito, foi efetuado transporte para o serviço de radiologia para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) com o objetivo de perceber se se tratava de um AVC isquémico, ou hemorrágico. No caso, o transporte justificou-se pela necessidade de exames complementares de diagnóstico, sendo também válido para fins de escalada terapêutica ou assistência superior.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), realça o papel do enfermeiro como elemento fundamental no transporte de doente crítico, desempenhando um importante papel no planeamento e coordenação dos materiais e equipamentos, assim como, fármacos que devem acompanhar o doente numa situação crítica.

Com isto, tendo presente o elevado risco que um transporte representa para um doente crítico, procuramos prevenir complicações decorrentes do mesmo, e numa situação específica, foi realizada a preparação dos fármacos necessários a possíveis complicações, assim como, outros equipamentos. Garantimos a segurança do doente e restante equipa, no correto posicionamento do doente e equipamentos necessários à monitorização. Verificamos que não existia *checklist* de transporte do serviço (lista de verificação de transporte de doentes), no entanto, existia um grupo de enfermeiros responsáveis pela elaboração da mesma.

Verificamos que se tratava de um AVC isquémico, que segundo (Hacke W. [et al.] 2008), caracteriza-se pela oclusão vascular cerebral com uma localização específica, interrompendo o aporte de glicose e oxigénio ao tecido cerebral, havendo subsequentemente alteração de processo metabólicos na região envolvida.

Sabendo que se tratava de um AVC isquémico, foi prescrito um agente trombolítico denominado por Alteplase, segundo o protocolo de trombólise. Contudo, a caminho da sala de emergência questionamos os familiares de forma breve, sobre os antecedentes do doente. A comunicação com os familiares não se baseia só na transmissão de informação, mas também na sua recolha. Ressalvamos a sua pertinência para esta situação, em que, no decorrer da colheita de dados, obtivemos a informação de que o doente tinha insuficiência renal crónica, tendo sido submetido a construção cirúrgica de fistula arteriovenosa nessa manhã. Esta situação rapidamente despertou preocupação, pois existia alta probabilidade de ter sido administrada heparina no contexto cirúrgico, este conhecimento advém de experiência profissional. De imediato se comunicou ao médico responsável, que após

consulta de descrição cirúrgica, confirmou que foi administração 5000 U.I. de heparina endovenoso na manhã desse mesmo dia no decurso da intervenção cirúrgica. Com isto, contribuimos prevenção de complicações do doente crítico, uma vez que o clínico especialista suspendeu a prescrição médica, pois o doente iria nesse momento iniciar protocolo de Alteplase, estando contraindicada a sua utilização, após a administração de heparina num período janela de 48 horas antes do AVC. As intervenções de enfermagem organizadas e sistematizadas revelaram-se fundamentais no sucesso da assistência a esse doente.

Houve também uma situação de trauma abdominal, em que se presenciou a entrada de um doente na sala de emergência com máscara de alto débito, confusão mental, palidez, hipotensão, taquicardia, atraso de preenchimento capilar com um valor de 13 na Escala de Coma de Glasgow (ECG). Segundo (Sá M. 2014), a ECG é um instrumento de exame neurológico utilizado na fase aguda atribuindo uma linguagem universal à avaliação do coma e compreende três variáveis, tais como: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, podendo totalizar um mínimo de 3 e um máximo de 15 valores.

Nesta situação em específico, ressalvamos apenas a possibilidade de se ter realizado uma abordagem ao doente com segurança, na avaliação do seu estado geral e mais particularmente, seguindo o ABCDE do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS). Este algoritmo, segundo (Rodrigues M. 2017), foi elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, com o propósito de padronizar procedimentos perante o doente politraumatizado. Para este autor, esta sistematização deve ser utilizada em contexto pré e intra-hospitalar. Na execução desta abordagem, tivemos o cuidado de abordar a (A) via aérea com controlo da coluna cervical, falamos com o doente e verificamos voz alterada pela presença de uma prótese dentária que foi removida, (B) avaliação da respiração e circulação, (C) avaliamos parâmetros circulatórios com vigilância de controlo de hemorragia, (D) avaliação do estado neurológico, e (E) exposição e controlo de temperatura.

Dado ser uma situação de alto risco, por possível rotura esplénica, de imediato prevenimos o aumento de gravidade do estado clínico do doente e decidimos preparar material para entubação oro traqueal, cumprindo todas as medidas de controlo de infeção. A intubação foi necessária mais tarde pois a ECG agravou para 8. Para este caso, foi fonte de confiança os conhecimentos adquiridos academicamente, assim como, o conhecimento proveniente de investigação no decurso da atividade profissional em bloco operatório, resultando num aumento da eficácia na prestação dos cuidados de enfermagem. O doente foi

transferido do SU para o bloco operatório, tendo sido providenciado todo o material e equipamento necessário ao transporte seguro, do doente e equipa.

A monitorização e vigilância de sinais vitais foi realizada e registada, sendo de extrema importância na avaliação hemodinâmica dos doentes, assim como, no diagnóstico precoce de complicações. Segundo (Min J. [et al.] 2017), a Sociedade Americana de Anestesia (ASA), preconiza um intervalo de cinco minutos para avaliação da tensão arterial em doentes entubados, no entanto, (Gregorini P. 1996), preconiza um máximo de um minuto, para doentes instáveis com o propósito de identificar complicações, de forma a agir em tempo útil.

Nesta situação, ressaltamos a pertinência da antecipação no que respeita a uma possível intubação oro traqueal, em que foi preparado o material antecipadamente aumentando a possibilidade de resposta em tempo útil. Foi também de extrema importância a remoção da prótese dentária, pois passaria despercebida e poderia provocar obstrução da via aérea dada a rápida deterioração da situação clínica do doente.

Com isto, desempenhamos um papel altamente qualificado, na prestação de cuidados contínuos ao doente crítico, relacionando a teoria com a prática por forma a consolidar conhecimentos. Demonstramos também, conhecimentos acerca de potenciais riscos, antecipando situações de instabilidade ou risco de falência orgânica, e assim, desenvolvemos competências no âmbito das tomadas de decisão e julgamento clínico.

Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

No estágio desenvolvido na UCI, procuramos estabelecer uma relação entre a teoria e a prática, por forma a prestar cuidados de saúde baseados na evidência. Esta correlação foi possível não só pelo empenho por nós realizado, mas também pelo contributo da orientação da Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho e dos enfermeiros tutores. Tivemos oportunidade de desenvolver conhecimentos associados aos cuidados de enfermagem à família e doente em estado crítico, com falência multiorgânica.

A UCI, é um serviço de alta complexidade, dotado de equipamento moderno e avançado, que permite a prestação de cuidados a doentes em estado crítico. Contudo, apesar de toda a tecnologia existente no serviço, por vezes os doentes têm de ser mobilizados para outros serviços no sentido de realizar exames auxiliares de diagnóstico ou receber tratamento. Neste sentido, realizamos o transporte de um doente crítico de 29 anos, ao serviço de medicina hiperbárica, com diagnóstico de fasciíte necrosante do membro inferior

direito, com cateter venoso central, aminas em perfusão, suporte ventilatório, e cateter arterial para monitorização de pressões arterial invasiva.

Na preparação do transporte, como futuro enfermeiro EEMC, salvaguardamos condições de segurança do doente crítico, pelo que, tivemos atenção a diversos fatores, tendo por princípio a manutenção de cuidados de saúde. Para que fosse executado em segurança, foi cumprida a *checklist* de transporte do serviço (lista de verificação de transporte de doentes). Apesar de ser visível os conhecimentos e treino dos profissionais do serviço na preparação do doente e material necessário ao transporte, parece-nos bastante pertinente a verificação e preenchimento da supracitada lista, onde consta o material, fármacos e procedimentos necessários ao transporte do doente em segurança. De acordo com (Silva R. [et al.] 2018), os protocolos institucionais de transporte, são vistos como uma necessidade no sentido de diminuir a ocorrência de eventos adversos.

No caso acima descrito, preenchemos o *cuff* com água bidestilada, uma vez que, o aumento da pressão em câmara hiperbárica pode provocar a rutura do mesmo no tubo endotraqueal, se preenchido com ar. Segundo (Milanés L. 2018), a lei de Boyle-Mariotte, descoberta pelos físicos Robert Boyle e Edme Mariotte, afirma que o volume e a pressão de um gás são inversamente proporcionais, logo, o aumento da pressão exercida sobre o *cuff* do tubo endotraqueal preenchido com ar na câmara hiperbárica, fará com que o seu volume diminua, aumentando a pressão e consecutivamente, o risco de rutura com evidente risco de complicações para o doente crítico. Assim, desenvolvemos uma prática com base em conhecimentos sólidos em enfermagem apoiada na evidência científica, para uma prática especializada de enfermagem na prestação de cuidados de excelência ao doente crítico.

Ao longo do estágio realizado, como futuro enfermeiro EEMC, diagnosticamos complicações resultantes de doença aguda, de forma a agir na monitorização e no planeamento de intervenções e controlo de sintomas. Focamos uma situação decorrida com um doente de 57 anos internado por pancreatite aguda necrotizante com disfunção multiorgânica. Entre todas as necessidades de cuidados, salientamos a realização de monitorização da pressão intra-abdominal (PIA), com recurso a uma algália, no sentido de evitar síndrome do compartimento abdominal (SCA), uma vez que, segundo (Muturi A. [et al.] 2016; Tiwari A. [et al.] 2016) existe uma elevada prevalência de hipertensão intra-abdominal e síndrome do compartimento. Segundo (Viana R. 2011), considera-se PIA aumentada se maior que 12mmHg podendo, segundo (Pereira B. [et al.] 2013), evoluir para SCA se PIA maior que 20mmHg. Para (Milanesi R. [et al.] 2015), este tipo de mensuração de PIA, é o mais adequado pela sua simplicidade e baixo custo.

Neste sentido, realizamos enemas de limpeza, que segundo (Luckianow G. [et al.] 2012) pode diminuir a PIA, assim como, foi assegurada o ajuste de aminas e monitorização da Pressão Arterial Média (PAM), com o propósito de manter uma Pressão de Perfusão Abdominal (PPA) maior que 60 mmHg, sendo a PPA igual à subtração da PIA à PAM, uma vez que, segundo (Pereira B. [et al.] 2013), uma PPA abaixo do valor mencionado, representa um decremento no prognóstico do doente.

O enfermeiro EEMC, deve agir na identificação e prevenção de focos de instabilidade, com isto, desenvolvemos conhecimentos, atividades e aprendizagens no âmbito prevenção da PAI. Esta temática representou particular interesse, uma vez que é um fenómeno que tem uma elevada taxa de mortalidade, aumenta o tempo de internamento hospitalar assim como, os custos de saúde. (Xie J. [et al.] 2018), realizou um estudo observacional, multicêntrico e longitudinal entre março de 2013 e dezembro de 2015, em doentes com diagnóstico de PAI, submetidos a ventilação mecânica por mais de 48 horas, do qual constatou que 5 % destes doentes desenvolvem PAI, com uma taxa de mortalidade de 45%. Também (Amin A. 2009; Sousa A.S. [et al.] 2018) afirma que a PAI, aumenta a mortalidade hospitalar, assim como, o tempo de internamento e custos inerentes ao seu tratamento, defendendo assim, a necessidade de implementação e cumprimento de normas, com vista à minimização das consequências clínicas e económicas.

Neste sentido, torna-se imperioso o cumprimento de normas e protocolos com vista à redução desta patologia. Desta forma, cumprimos o feixe de intervenções de prevenção da PAI relativo à norma 21/2015 da DGS, discutindo e interpretando com os enfermeiros tutores e a Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho, as implicações da investigação para a prática de cuidados especializada.

Durante o estágio, sempre que possível demonstramos conhecimentos sobre sedo-analgesia, assim, reduzimos a sedação diariamente, maximizando a titulação ao mínimo possível necessário para o tratamento. Esta intervenção tem também benefícios positivos na diminuição da incidência de *delirium* que abordaremos mais à frente. Para (Hughes C. [et al.] 2012), a interrupção diária da sedação, contribui para a redução da duração da ventilação mecânica, diminuindo o tempo de internamento na UCI. Verificamos que, tal como descrito na evidência, as benzodiazepinas não são utilizadas como agentes de eleição para manter a sedação, pelo que se opta por propofol e dexmedetomidina sempre que possível, embora tenhamos verificado que este último fármaco, não é utilizado com frequência, apesar de existirem estudos que comprovam a diminuição do tempo de intubação em doentes medicados com dexmedetomidina. (Klompas M. [et al.] 2016), realizou um estudo de cerca

de 9603 doentes com mais de dezoito anos, submetidos a ventilação mecânica por mais de três dias por um período de sete anos, em que verificou que a utilização de dexmedetomidina estava associada a menos tempo de intubação que o propofol.

Participamos com a equipa multidisciplinar, na avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório ou extubação, com o intuito de reduzir o tempo de ventilação mecânica, e assim a taxa de PAI.

A elevação da cabeceira entre os 30-45°, foi também por nós praticada, a não ser que contraindicado, este procedimento é aconselhável em doentes com elevado risco de aspiração, uma vez que promove o esvaziamento gástrico dificultando o refluxo. Embora existam dados insuficientes que determinam o impacto desta intervenção, o facto de não acarretar custos, ser de baixo risco e provavelmente benéfica, faz com que seja posta em prática até que surjam novos dados. Para (Metheny A., [et al.] 2013), a posição da cabeceira acima dos 30°, pode reduzir a incidência de PAI. Já para o autor (Alexiou G. 2009), após realização de uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados sobre o impacto da posição do doente na incidência de PAI, conclui que a elevação da cabeceira entre os 15° e os 30°, não é suficiente para prevenir a PAI em doentes sob ventilação mecânica, os doentes que estão posicionados com a cabeceira a 45° têm uma incidência menor de PAI, embora a norma 21/2015 da DGS, preconize elevação de 30-45°.

No âmbito da prevenção da PAI, realizamos aspiração de secreções da via oral e nasal acima do *cuff*, assim como, a realização da higiene oral no mínimo três vezes dia com gluconato de clorhexidina a 0,12% ou 0,2% durante 30 segundos. (Zuckerman L. 2016), refere haver evidência suficiente e estatisticamente significativa para sustentar a prática da utilização da clorhexidina na higiene oral como forma de prevenir a PAI.

Trocamos os circuitos ventilatório unicamente em situações em que se apresentavam visivelmente sujos, conforme recomendações de norma 21/2015 da DGS.

Sempre que efetuamos a mobilização do doente, verificamos a pressão do balão do tubo endotraqueal, de forma a manter uma pressão entre 20 e 30 cmH₂O. No decurso deste procedimento, verificamos que a pressão do *cuff* se mantinha nos valores recomendados ao longo do dia, no entanto, para (Patel V. [et al.] 2018), a manutenção da pressão do *cuff* é de tal forma importante na prevenção da PAI, que o autor defende a utilização de monitores automáticos e contínuos de pressão de *cuff*, uma vez que existe o risco de desinsuflar temporariamente a pressão, abaixo do intervalo recomendado, nas verificações rotineiras com a utilização do manómetro manual, contribuindo assim para a PAI.

Os doentes internados nas UCI, são submetidos a tratamentos e tecnologia avançada, necessária à sua monitorização contínua, contribuindo para a sobrevivência de milhões de doentes em situação crítica, no entanto existe o risco de desenvolverem complicação durante a sua permanência na UCI, como o *delirium*, segundo (Boogaard M. [et al.] 2012), os doentes que desenvolvem *delirium* aquando ao seu internamento, têm maior dificuldade no que se refere a readaptação social e familiar dado o desenvolvimento de problemas cognitivos a longo prazo.

O *delirium* é caracterizado, segundo *American Psychiatric Association* (2013), por distúrbio agudo da atenção, cognição e consciência e é classificado em três subtipos baseados em comportamentos psicomotores, hipoativos, hiperativos e misto. Nos doentes com *delirium* hiperativo, verifica-se distração, impaciência, agitação e/ou falta de colaboração. Por outro lado, doentes com *delirium* hipoativo, manifestam uma atividade psicomotora acompanhada de lentidão, inconsciência e letargia que se aproxima do estado de estupor. Os doentes com *delirium* numa forma mista, além de poder apresentar uma atividade psicomotora normal, embora com perturbação da atenção e consciência, podem também apresentar flutuação de padrões entre os subtipos hipoativo e hiperativo. Contudo, existem doentes que estão mais expostos ao risco de contrair esta patologia, para (Bryczkowski S. [et al.] 2014), existem vários fatores de risco associados ao *delirium*, como o motivo de admissão na UCI, a gravidade da doença, a idade avançada, assim como, a pré-existência de demência.

Esta patologia, acarreta diversos fatores negativos para o doente e serviço de saúde no que respeita a encargos financeiros, dada a maior utilização dos seus recursos. (Tilouche N. [et al.] 2018), refere que o *delirium* aumenta o tempo de internamento na UCI, prolongando o período de ventilação mecânica, (Pisani M. [et al.] 2009; Yamaguchi T. [et al.] 2014; Salluh I. [et al.] 2015), corroboram as referidas conclusões, acrescentando o aumento da mortalidade aquando à presença da doença. Financeiramente, (Vasilevskis E. [et al.] 2018), afirma que a presença desta patologia tem um impacto significativo no serviço de saúde, podendo chegar a um aumento dos custos em 20%. A longo prazo, (Altman M. [et al.] 2018), associa a incidência de *delirium* ao aumento da incapacidade funcional, para (Wolters A. [et al.] 2017), múltiplos dias de *delirium* resultam em problemas cognitivos a longo prazo.

A avaliação da presença de *delirium* foi por nós realizada, através da aplicação da escala *Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit* (CAM - ICU). O *Confusion Assessment Method* (CAM), é um instrumento de avaliação psicométrico que foi

desenvolvido por (Inouye S. [et al.] 1990), com o propósito de melhorar a avaliação de *delirium* por outros profissionais além dos psiquiatras. (Ely E. [et al.] 2001), desenvolveu um estudo prospetivo de coorte, em que conclui que a referida escala, pode ser utilizada por enfermeiros e médicos em contexto de UCI, detetando o *delirium* de forma confiável e com alto grau de especificidade e sensibilidade. (Wei L. [et al.] 2008), após uma revisão sistemática da literatura, conclui que o CAM-ICU é uma adaptação do CAM para doentes ventilados na UCI. Posteriormente, em 2007, foi traduzida e adaptada para português do Brasil por Jorge Salluh e Laira Vidal, (Flores D. [et al.] 2011), refere-se a esta adaptação do CAM-ICU, como sendo um instrumento válido e seguro na avaliação do *delirium* em doentes em estado crítico.

Tendo em consideração os resultados clínicos negativos acima explanados a que o doente crítico está exposto, como futuro enfermeiro EEMC, identificamos fatores de instabilidade, agindo antecipadamente na sua prevenção, pelo que, desenvolvemos atitudes durante o estágio na UCI, no sentido de prevenir incidência de *delirium* no doente crítico.

A atuação do enfermeiro EEMC, na antecipação e planeamento de intervenções necessárias aos cuidados do doente crítico, deve ser um compromisso e uma obrigação deontológica para os profissionais de saúde devendo, por isso, ocupar um lugar de destaque na estratégia da prestação de cuidados de saúde.

Assim, dada a pertinência desta temática, no que respeita ao impacto que acarreta para o doente crítico e família, decidimos aprofundar conhecimentos, realizando um artigo de revisão da literatura (apêndice II), cujo objetivo consistiu em identificar linhas orientadoras baseadas na evidência científica, com vista à melhoria da atividade profissional, na prevenção não farmacológica de *delirium*. O artigo foi submetido para a revista Referência (indexação na Scopus) e estamos de momento a aguardar o parecer dos revisores.

Para realizar este estudo, efetuamos uma pesquisa nas bases de dados B-ON, PubMed e Scielo no mês de dezembro de 2018. Nesta revisão, incluímos os estudos considerados relevantes para a temática, não excedendo um período máximo de 5 anos, ou seja, com período de publicação entre 2014 e 2018, inclusive. Os critérios de inclusão considerados na seleção dos artigos para revisão foram os seguintes: data de publicação de 2014 a 2018 inclusive; serem estudos relativos à UCI; conterem intervenções não farmacológicas; representarem uma população de adultos; terem o texto integralmente disponível.

No que se refere aos critérios de exclusão, não se consideraram estudos que: fossem estudos de fármacos como dexmedetomidina, propofol, midazolam e haloperidol.

No que respeita aos descritores utilizadas e operadores booleanos foram: “*delirium*” and “*intensive care unit*” and “*nurs**” not “*pharmacological**” not “*child*” not “*dexmedetomidine*” not “*propofol*” not “*midazolam*” not “*haloperidol*”.

Os descritores foram inseridas nas bases de dados obtendo-se o seguinte resultado: B-ON 6 artigos, PubMed 3 artigos, Scielo 1 artigo, totalizando 10 artigos. Posteriormente, rejeitamos 3 artigos por estes estarem duplicados. Dos 7 artigos analisados, 4 foram excluídos por não se adequarem ao estudo, dois destes por apresentar vantagens da prevenção de *delirium*, mas sem menção a medidas preventivas e, os restantes, por apresentarem eficácia da formação dos profissionais sem mencionar intervenções preventivas de *delirium*. Foram incluídos 7 artigos considerados pertinentes para o estudo, estes artigos resultaram de referência secundária e contêm medidas não farmacológicas para a prevenção de *delirium*. Assim, obtivemos um total de 10 estudos que foram analisados criteriosamente.

A prevenção de *delirium*, está associada a medidas ou métodos que possam efetivamente diminuir a incidência desta patologia, e assim, melhorar os resultados clínicos. Neste estudo, foi possível verificar que existem efetivamente medidas preventivas a ser tomadas na prevenção de *delirium*. Essas mesmas medidas, foram por nós executadas e, em simultâneo, motivo de reflexão permanente com os enfermeiros tutores, restantes elementos da equipa e Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho. As opiniões, divergem nos diversos autores incluídos no estudo descrito, pelo que, foram por nós categorizadas em cinco áreas de intervenção, sendo elas: a comunicação, a estimulação visual, a estimulação auditiva, a estimulação cognitiva, a preservação do sono noturno, a mobilização precoce e a inclusão da família.

Nesta situação, ressaltamos a importância do enfermeiro EEMC na implementação, formação e monitorização de intervenções promotoras de melhoria nesta temática.

O alívio da ansiedade do doente, deve também ser uma preocupação para os profissionais. Para (Tovar G. [et al.] 2016), as medidas preventivas de *delirium*, relacionam-se com a comunicação, no que respeita à informação sobre todas as intervenções a realizar, caracterização da UCI e explicar a origem dos ruídos, isto, no sentido de diminuir a ansiedade. O autor refere ainda a estimulação cognitiva e auditiva, através de orientação temporal e espacial, dialogar frequentemente com o doente e identificar os elementos da equipa. A preservação do sono é um fator importante na prevenção de *delirium*, pelo que é pertinente promover a minimização da iluminação artificial e do ruído através da diminuição do volume dos monitores, aparelhos eletrónicos e ventiladores, da voz dos elementos da equipa, e a

minimização dos períodos de intervenções junto do doente, através de uma programação eficaz de planeamento de cuidados.

O conhecimento dos enfermeiros neste tipo de intervenções é de extrema importância, segundo (Wassenaar A. [et al.] 2017), as medidas preventivas de *delirium*, devem ser prestadas por enfermeiros com formação sobre a temática. O autor identifica quatro medidas, com várias intervenções associadas a cada uma, com vista à prevenção de *delirium*. O primeiro, relaciona-se com a estimulação visual e auditiva do doente, através da provisão de recursos necessários ao doente com dificuldades visuais ou auditiva, prevenção da desidratação da córnea enquanto o doente está sedado, de forma a prevenir lesões que implicarão limitações futuras, diminuição o ruído de fundo tanto quanto possível e utilização técnicas de comunicação adequadas ao doente.

A segunda medida relaciona-se com a prevenção da privação de sono. Neste caso, o autor realça a importância da sensibilização dos profissionais no que respeita ao sono, a importância de minimizar o ruído e a diminuição de procedimentos noturnos.

Como terceira medida, o autor refere a necessidade de estimulação cognitiva através de relógios e calendários visíveis ao doente, promoção da provisão de objetos pessoais, reorientação, treino cognitivo, comunicação adequada ao doente e promoção de visitas regulares.

No que se refere à quarta medida, o autor refere a mobilização como uma medida preventiva de *delirium*, assim, o doente deve ser encorajado à mobilização precoce e estabelecimento de metas bem definidas. Neste caso é necessária uma boa gestão da dor e uma orientação adequada no sentido de minimizar o medo. Segundo o autor, a familiar, sempre que possível, deve ser envolvido no incentivo à mobilização precoce.

O *delirium* tem alta incidência nas UCI, para o autor (Smithburger P. [et al.] 2017), até 80% dos doentes internados na UCI podem desenvolver *delirium*. Assim, o enfermeiro pode prevenir a incidência de *delirium* através de medidas não farmacológicas, considerando benéfica a inclusão da família nas atividades de prevenção do *delirium*, tais como: controlo das luzes do quarto e fechar ou abrir cortinas, incentivar o doente a utilizar tampões de ouvidos ou máscara de dormir (tapa vistas), reorientação e estimulação cognitiva, provisão da música preferida do doente, assim como, óculos ou aparelho auditivo, se for o caso.

Contudo, são necessários mais estudos nesta temática, segundo (Bryczkowski S. [et al.] 2014), é possível agir na diminuição e prevenção do *delirium*, embora considere que existe pouca evidência nesta área. O autor, considera como medidas não farmacológicas na prevenção do *delirium*, a promoção de intervenções que evitem a privação de sono. As

medidas sugeridas, compreendem a organização do plano de trabalho de forma, a permitir sonos ininterruptos, evitar banho noturno por rotina, promoção do ciclo circadiano normal, evitar luzes, no período noturno, assim como, programar os monitores para modo noturno. Sugere, ainda, a promoção de música nos períodos de relaxamento, e a participação da família em atividades como a alimentação, massagem de relaxamento e reorientação.

A orientação quanto ao espaço, tempo e identidade, diminuição de luz noturna, utilização de comunicação verbal e não verbal como gestos, expressões faciais e escrita, e ainda provisão de recurso auditivos e visuais, assim como, sensibilização dos familiares para visitas regulares, são para (Moon K. [et al.] 2015) medidas eficazes na prevenção de *delirium*.

No que se refere a (Pol I. [et al.] 2017), a implementação de um protocolo de redução de ruído noturno reduz significativamente o *delirium*, pelo que, sugere medidas como evitar conversas cruzadas em frente ao doente, programar as intervenções de forma a limitar os distúrbios ao doente o máximo possível, configurar alarmes adequados ao doente e minimizar os volumes dos alarmes, assim como, minimizar fontes de perturbação no que se refere a equipamento presente na unidade do doente.

A prevenção de *delirium* para (Song J. [et al.] 2017), passa pela comunicação em tom de voz baixo, suave e com discurso de fácil compreensão, provisão de óculos e aparelho auditivo quando necessário, manutenção do ciclo circadiano do doente, diminuição de ruído e estímulos luminosos durante a noite, aconselhando a utilização de máscara (tapa vistas), tampões para os ouvidos e incentivar o doente a não dormir de dia.

O horário alargado de visitas, permite ao doente um maior contacto com a família, (Rosa R. [et al.] 2017), conclui no seu estudo, que esta medida diminui a incidência de *delirium*.

A provisão de música de ritmo lento, simples e em volume baixo por períodos de 60 minutos duas vezes dia, é para (Johnson K. [et al.] 2018), uma intervenção que favorece a prevenção de *delirium*.

A mobilização precoce do doente, a provisão de recursos necessários à audição e visão, música suave e calma, a existência de um relógio, um calendário visível ao doente e a diminuição do ruído noturno, são para (Gaeli P. [et al.] 2018) medidas preventivas de *delirium*, assim como, colocar o doente junto de uma janela para diferenciar a noite e dia, caso não seja possível, preconiza a sua simulação com as luzes artificiais da UCI.

No decurso do estágio realizado na UCI, desenvolvemos atividades no cumprimento dos objetivos supracitados, com a finalidade de adquirir competências neste domínio. Foi-

nos possível desenvolver conhecimentos científicos e colocá-los em prática, sendo assim possível, estabelecer uma relação entre a evidência e protocolos preexistentes. Desta forma, contribuiu para a identificação precoce de possíveis complicações ou benefícios da sua implementação para o doente. Desenvolvemos uma prática centrada no doente e família, prestando cuidados especializados baseados em evidência científica.

Competências desenvolvidas:

- *Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;*
- *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;*
 - *Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
 - *Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
 - *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.*

3 CONCLUSÃO

Pretendemos que este relatório, seja o espelho do trabalho realizado no percurso dos módulos de estágio, apesar de considerarmos difícil transpor o empenho, e a forma organizada de como foi desenvolvido o trabalho na prática.

Sendo a formação, um processo contínuo e inacabado, e fazendo este estágio parte desse processo, consideramos fundamental para a formação atual e futura. A concretização deste relatório, permitiu-nos explicar as experiências vivenciadas de maior relevância, de uma forma reflexiva, responsável e com competências de observação, avaliação, diagnóstico e intervenção em doentes em situação crítica.

A realização do estágio teve um balanço bastante positivo, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, centrados no doente e família, assim como, na resposta em tempo útil às necessidades dos doentes em situação crítica. O enfermeiro EEMC, desenvolve uma prática com base na evidência, direcionada para resultados sensíveis aos cuidados prestados.

No decurso do estágio desenvolvido no SU, tal como é esperado da enfermagem especializada, identificamos necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem, destacando-se contributos no que se refere à proposta realizada no âmbito da gestão da dor, no sentido de uniformizar, estruturar e otimizar a assistência ao doente com dor em contexto de urgência.

Realçamos também aprendizagens e aquisição de competências, no que respeita à priorização dos cuidados, no que se reporta à abordagem do doente crítico, nomeadamente doentes em PCR e doentes da VVAVC. Desenvolvemos conhecimentos no âmbito do SAV e cuidados pós reanimação. Neste serviço verificamos existir uma maior dificuldade na preservação da privacidade em contextos de sobrelotação do serviço, o que exigiu uma adaptação e gestão desta problemática, uma vez que, o local onde exercemos funções, Bloco de Ambulatório, tem um ambiente mais controlado.

No estágio desenvolvido na UCI, destacamos como contributo, a elaboração de um artigo de revisão da literatura no âmbito *delirium* do doente na UCI. Esta temática foi alvo de preocupação e desenvolvimento profissional, na medida em que se associa a maior tempo

de internamento, tendo repercussões para o doente, a curto e longo prazo e, ainda, financeiras para o serviço de saúde, pelo que, realçamos as aprendizagens no que se refere a medidas preventivas de *delirium*, recorrendo a intervenções não farmacológicas.

No que se refere às aprendizagens, salientamos a pertinência dos conhecimentos e prática desenvolvida no âmbito do controlo de infeção, nomeadamente nas intervenções associadas à PAI, dado estar associado ao aumento da mortalidade hospitalar, assim como, no âmbito do SPICI do doente e família, tendo sido também alvo de reflexão e crescimento profissional na medida em que procurámos desenvolver uma prática reflexiva e de excelência com vista à prevenção deste síndrome. Neste serviço verificamos uma grande coesão entre a equipa e uma prestação de cuidados baseados numa forte evidência científica.

Na perspetiva de futuro enfermeiro EEMC, consideramos que a obtenção de conhecimentos baseados na evidência científica, contribuíram para a aquisição de espírito crítico, competências humanas, técnicas e científicas ao nível da investigação, desenvolvendo com isto, competências na prevenção e controlo de infeção, assim como, na resposta atempada em situações emergentes ou de elevada complexidade do doente/família em situação crítica.

As maiores dificuldades sentidas neste percurso, prenderam-se não só à prestação de cuidados, em situações de grande afluência de doentes, o que exigiu o desenvolvimento de conhecimentos no que se refere à gestão de cuidados, bem como, com o elevado grau de conhecimento necessário para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, contudo, ao logo do estágio, com a nossa dedicação, disponibilidade dos profissionais do serviço e a marcante colaboração da Sr.^a Prof. Doutora Patrícia Coelho, esta dificuldade foi ultrapassada.

O estágio colocou desafios multifatoriais, para os quais, foram realizadas reflexões, no que respeita à conceção dos cuidados, e desenvolvido trabalho para a concretização dos objetivos delineados, por forma a tornar visível a motivação, para uma prática de qualidade com base na evidência científica. As diferentes competências foram alcançadas através das diversas atividades explanadas no relatório.

O fim desta etapa, neste longo caminho da aprendizagem, não representa em si mesmo um fim, mas um princípio, sendo uma ponte para o desenvolvimento de trabalhos futuros de investigação e participação em eventos científicos, tendo como temática central a área de trabalho.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abulhasan B., Châtillon O., Alabdulraheem N., Schiller I., Dendukuri N., Angle R., Frenette C. (2017). Healthcare-associated infections in the neurological intensive care unit: Results of a 6-year surveillance study at a major tertiary care center. *American Journal of Infection control*. 46, 6. 656-662.
- Akerman E. (2018). Intensive Care Unit diaries: A critical appraisal. *Intensive and Critical Care Nursing*. 47, 4. 5-6.
- Alexiou G., Lerodiakonou V., Dimopoulos G., Falagas E. (2009). Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of critical care*. 24, 4. 515-522.
- Altman M., Knauert M., Murphy T., Ahasic A., Chauhan Z., Pisani M. (2018). Association of intensive care unit delirium with sleep disturbance and functional disability after critical illness: an observational cohort study. *Annals of Intensive Care*. 8, 63. 1-8.
- Alyahya M., Hijazi H., Qudah J., Alshyab S., Alkhalidi W. (2018). Evaluation of infection prevention and control policies, procedures, and practices: An ethnographic study. *American Journal of Infection Control*. 46, 12. 1348-1355.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Fifth Ed.* Washington, DC: London. ISBN 978-0-89042-554-1.
- American Heart Association (2015). *Guidelines 2015 CPR & ECC*. 13-16. Consultado a 21 de outubro de 2018. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
- Amin A. (2009). Clinical and Economic Consequences of Ventilator Associated Pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*. 49, 1. 36-43.
- Bailey B., Daout R., Trottier E., Pierre S., Gravel J. (2010). Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain. *Pain*. 94,2. 149-158.

- Balas M., Vasilevskis E., Burke W., Boehm L., Pun B., Olsen K., Peitz G., Ely E. (2012). Critical Care Nurses' Role in Implementing the "ABCDE Bundle" into Practice. *Crit Care Nurse*. 32, 2. 35-48.
- Bailey B., Daout R., Trottier E., Pierre S., Gravel J. (2010). Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain. *Pain*. 94,2. 149-158.
- Bennett S. (2018). End-of-life care in the intensive care unit. *Surgery*. 36, 12. 728-731.
- Berben A., Meijjs M., Grunsven V., Scohoonhoven L., Achterberg V. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*. 43,9. 1397-1402.
- Beusekom I., Raiez F., Keizer N., Dogelmans D., Schaaf M. (2016). *Critical Care*. 20, 16. 1-8.
- Bôas M. (2015). O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*. 23, 3. 513-536.
- Boogaard M., Schoonhoven L., Evers A., Hoeven J., Achterberg T., Pickkers P. (2012). Delirium in critically ill patients: Impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Critical Care Medicine*. 40, 1. 112-118.
- Brown T., Shetty A., Zho D., Harvey N., Yu T., Murphy M. (2018). Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *Emergency Medicine Australasia*. 30, 4. 523-529.
- Bryczkowski S., Lopreiato M., Yonclas P., Sacca J., Mosenthal A. (2014). Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *Science Direct*. 190, 1. 280-288.
- Burk R., Grap M. (2012). Backrest position in prevention of pressure ulcers and ventilator-associated pneumonia: Conflicting recommendations. *Journal of Acute and Critical Care*. 41, 6. 536-545.
- Carlson E., Spain D., Muhtadie L., Montez L., Macia K. (2015). Care and caring in the intensive care unit: family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*. 30, 3. 557-561.
- Castela E., Boos M., Ringer C., Eich C., Russo S. (2015). Effect of CRM team leader training on team performance and leadership behavior in simulated cardiac arrest scenarios: a prospective, randomized, controlled study. *BCM medical Education*. 15, 116. 2-8.

- Castro P., Mendonça T., Abreu P., Carvalho M., Azevedo E. (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*. 8, 1. 67-68.
- Çedrik G., Keles A., Demircan A., Bildik F., Gunaydin G., Ergin M., Dogan N. (2013). Evaluation of Patients' Families' Attitudes to Witnessing Invasive Procedures in the Emergency Department. *Jaem*. 12, 6. 61-65.
- Choi J., Hoffman L., Schulz R., Tate J., Donahoe M., Ren D., Dado B., Sherood P. (2014). Self - Reported Physical Symptoms in Intensive Care Unit (ICU) Survivors: Pilot Exploration Over Four Months Post - ICU Discharge. *National Institute of Health*. 42, 2. 257-270.
- Coelho P., Costa T., Silva A., Capelas M. (2014). Dos Intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*. 19, 203. 43-45.
- Coimbra N., Amaral T. (2016). Acompanhamento De Enfermeiro No Transporte Primário Do Doente Crítico. *Nursing*. 2, 29. 1-3.
- Coniam W., Diamond A. (2001). *Controlo da dor*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores. 11. ISBN 972-97250-6-3
- Conselho Internacional de Enfermagem (1999). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 226. Gráfica 2000. Lisboa. ISBN 972-98149-5-3.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. A.C.D. Print, SA. 280. Lisboa. ISBN: 978-989-8444-35-6
- Coimbra, E. (2016). *Kaizen Uma Estratégia de Melhoria, Crescimento e Rentabilidade*. McGraw-Hill. Lisboa. 121. ISBN 978-84-486-1121-7.
- Cogo S., Lunardi V., Quintana A., Girardon-Perlini N., Silveira R. (2018). Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38, 4. 1-8.
- Daniels L., Nelson S., Frank R., Park J. (2018). Pharmacologic Treatment of Intensive Care Unit Delirium and the Impact on Duration of Delirium, Length of Intensive Care Unit Stay, Length of Hospitalization, and 28-Day Mortality. *Mayo Clinic Proceedings*. 93, 12. 1739-1748
- Davidson J., Harvey M. (2016). Patient and Family Post - Intensive care Syndrome. *Advanced Critical Care*. 27, 2. 184-186.

- Decosterd I., Hugli O., Tamchès E., Blanc C., Mouhsine E., Givel J., Yersin B., Buclin T. (2007). Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Emergency Medicine*. 50, 4. 462-471.
- Deodato S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Almedina. Coimbra. ISBN 9789724034010.
- Deng W., Zhu S., Zeng L., Liu J., Kang R., Yang M., Cao L., Wang H., Billiar T., Jiang J., Xie M., Tang D. (2018). The Circadian Clock Controls Immune Checkpoint Pathway in Sepsis. *Cell Reports*. 24, 2. 366-378.
- Dessap A., Campo F., Launay J., Nelson A., Katsahian S., Buisson C., Brochard L. (2015). Delirium and Circadian Rhythm of Melatonin During Weaning From Mechanical Ventilation An Ancillary Study of a Weaning Trial. *Chest*. 148, 5. 1231-1241.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Nº 09/DGCG.1-4. Consultado a 26 de setembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa nacional de controlo da Dor. Nº:11/DSCS/DPCD. 1. Consultado a 23 de setembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Infecção por *Clostridium difficile*. Lisboa. Consultado a 28 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/esclarecimento-sobre-infeccao-por-clostridium-difficile.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Ministério da Saúde. Consultado a 28 de setembro de 2018.
Consultado a 23 de setembro de 2018. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/trauma.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa nº 13/DQS/DSD DATA de 14 de junho de 2010. Consultado a 28 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa. Consultado a 8 de dezembro de 2018. Consultado a 18 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa. Consultado a 8 de dezembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Circular Normativa nº 021/2015 de 16 de dezembro de 2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Consultado a 9 de novembro de 2018. Disponível em:
http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Documents/normas/NORMA_21_2015_pneumonia_associada_intubacao.pdf
- Direção-Geral Da Saúde. (2017). Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos. Ministério da Saúde. Consultado a 24 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Circular Normativa nº 015/2017 de 13/07/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Ministério da Saúde. Consultado a 18 de Setembro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/?cr=33178>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos Antimicrobianos em números. Ministério da Saúde. Consultado a 24 de outubro de 2018.
Disponível em:
https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral Da Saúde. (2017). Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos. Ministério da Saúde. Consultado a 24 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>
- Donnelly F., Wichula R. (2006). The live experience of a tracheostomy tube change: a phenomenological study. *Patient Experience*. 15, 9. 1115-1122.
- Drazen J. (2003). Decisions at the end of life. *New England Journal of Medicine*. 349, 12. 1109-1110.
- Elkin K., Perry G., Potter A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.ªed. Lusociência. Loures. 1033. ISBN: 972-8383-96-7.
- Ely E., Margolin R., Francis J., May L., Truman B., Dittus R., Speroff T., Gautam S., Bernard G., Inouye S. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care Medicine*. 29, 7. 1370-1379.
- Erenler K., Akbulut S., Guzel M., Cetinkaya H., Karaca A., Turkoz B., Baydin A. (2014). Reasons for overcrowding in the emergency department: Experiences and suggestions of an education and research hospital. *Turkiye Acil Tip Dergisi*. 14, 2. 59–63.

- Ethunandan M., Rennie A., Hoffman G., Morey P., Brennan P. (2005). Quality of dying in head and neck cancer patients: A retrospective analysis of potencial indicators of care. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endontology.* 100, 2. 147-152.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida.* 84. ISBN: 978-989-98909-8-5. Consultado a 24 de novembro de 2018.
Disponível em:
<http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Emanuel L., Scandrett K. (2010). Decisions at the end of life: have we come of age?. *BMC Medicine.* 8, 57. 2-8.
- Farrar, T., Jovem J. LaMoreaux L., Werth L., Poole M. (2011). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain.* 94, 2. 149-158.
- Fernandes A., Coelho S. (2014) Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cuidarte.* 5, 2. 813-819.
- Fernandes C. (2010). The fifth vital sign. *Federal Practitioner.* 27, 12. 26-28.
- Fernandes I. (2011). Liderança outra perspectiva. *Sinais Vitais Enfermagem em Revista.* 99. 5. 6-11.
- Finfer S., Vincent J. (2015). Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine.* 370, 26. 2506-2514.
- Finn J., Rae U., Gibson N., Watters T., Jacobs G. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurseinitiated pain protocol: A before-andafter study. *Contemporary Nurse.* 43, 1, 29-37.
- Fitzgerald J., Adamis D., Trzepacz P., Regan N., Timmons S., Dunne C., Meagher D. (2013). Delirium: A disturbance of circadian integrity?. *Medical Hypotheses.* 81, 4. 568-576.
- Flores D., Salluh J., Pizzol F., Ritter C., Tomasi C., Lima M., Santana L., Lins R., Lemos P., Serpa G., Oliveira J., Chalhub R., Pitrowsky M., Lacerda A., Koenen K., Quarantini L. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics.* 66, 11. 1917-1922.

- Frias L., Lopes N. (2015). Considerações Sobre o Conceito de Dignidade Humana. *Revista Direito GV*. 11, 2. 649-670.
- Ganley L., Gloster A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*. 26, 12. 49-56.
- Garcez C., Silva J. (2012). Meanings, coping and actions of resilience: the collective subject discourse of people with physical disabilities due to spinal cord injury. *Fisioterapia Brasil*. 13, 6. 452-457.
- Garra G., Singer J., Taira R., Chohan J., Cardoz H., Chisena E., Thode C. (2010). Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in Pediatric Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*. 17, 1. 50-54.
- Geiderman M., Moskop C., Derse R. (2006). Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine: Obligations and Challenges. *Emergency Medicine Clinics of North America* 24, 3. 633–656.
- Gómez-Batiste X., Connor S., Murray S., Krakauer E., Radbruch L., Luyirika E. (2017). Principales, Definiciones and Concepts. 45-62. *Liberduplex*. Cataluna. ISBN: 978-84-9766-602-2.
- Gregorini P. (1996). Comparision of four methods of automated recording of physiologic data at one minute intervals. *Jornal of Clinic Monitoring*. 12, 4. 299-303.
- Guitierrez P. (2001). O que é o paciente terminal?. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 47, 2. 92-92.
- Hacke W., Kaste M., Bluhmki E., Brozman M., Dálvos A., Guidetti D., Larrue V., Lees K., Medeghri Z., Machning T., Schneider D., Kummer R., Wahlgren N., Tini D. (2008). Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic stroke. *The new England Journal of Medicine*. 359, 13. 1317-1319.
- Hains R., Rossi M., Casperson S., Çoruh B., Furth A., Herrera F., Seaton T., Kummet C., Ngo H., Shushan S., Kritek P., Greco S. (2017). Family Support During Ressuscitation: A quality Improvement Iniciative. *Cover*. 37, 6. 14-23.
- Happ M., Garret K., Divirgilio T., Tate J., George E., Houze M., Radtke J., Sereika S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 20, 2. 28-40.
- Hersey P., Blanchard K. (1986). *Psicologia para administradores A Teoria e as Técnicas da liderança Situacional*. 4ª Edição. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo, Brasil. ISBN: 978-8512660400.

- Hetland B., McAndrew N., Perazzo J., Hickman R. (2017). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *International Journal of Nursing Sciences*. 44, 2. 67-75.
- Hsiao P., Redley B., Hsiao Y., Lin C., Han C., Lin H. (2016). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Elsevier*. 40,7. 981-987.
- Hughes C. G., McGrane S., Pandharipande P. (2012). Sedation in the intensive care setting. *Clinical Pharmacology : Advances and Applications*. 12, 4. 53-63.
- Hylén M., Akerman E., Roijer C., Idvall E. (2016). Behavioral pain Scale - translation, reliability, and validity in a Swedish context. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*. 60, 6. 821-828.
- Inouye S., Dyck C., Alessi C., Balkin S., Siegel A., Horwitz R. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method A New Method for Detection of Delirium. *American College of Physicians*. 113, 12. 1370-1379.
- Iseron K. (2018). The Three Faces of “Yes”: Consent for Emergency Department Procedures. *The American Journal of Bioethics*. 7, 12. 42-45.
- Jabre P., Tazarourte K., Azoulay., Borron S., Belpomme V., Jacob L., Lapstolle F., Comes X., Galinski M., Pinaud V., Destefano C., Normand D., Beltramini A., Assez N., Vivien B., Vicaut E., Adnet F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Medicine*. 40, 7. 981-987.
- Johnson K., Fleury J., McClain D. (2018). Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and trauma orthopaedic unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 47, 7. 1-8.
- Jolluskin G., Toldy T. (2011). Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?. *ANTROPOlogicas*. 11, 12. 44-51.
- Jones S., Jones O., Winchester N. (2016). Putting the discourse to work: On outlining a praxis of democratic leadership development. *Management Learning*. 47, 4. 424-442.
- Jones S., Jones O., Winchester N. (2016). Putting the discourse to work: On outlining a praxis of democratic leadership development. *Management Learning*. 47, 4. 424-442.

- Jorge V., Barreto M., Ferrer A., Santos E., Rickli H., Marcon S. (2012). Nursing team and detection of indicators of worsening condition in emergency room patients. *Esc Anna Nery*. 16, 4. 767-774.
- Karro J., Dent W., Farish S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 17, 2. 117–123.
- Klompas M., Li L., Szumita P., Kleinman K., Murphy M. V. (2016). Associations Between Different Sedatives and Ventilator-Associated Events, Length of Stay, and Mortality in Patients Who Were Mechanically Ventilated. *Chest*. 149, 6. 1373-1379.
- Kondo Y., Fuke R., Hifumi T., Hatakeyama J., Takei T., Yamakawa K., Inoue S., Nishida O. (2017). Early rehabilitation for the prevention of postintensive care syndrome in critically ill patients: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 7, 3. 1-6.
- Lei nº 33/2009. Diário da República. I Série. 134 de 14 de Julho de 2009. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Consultado em 2 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/492408/details/maximized>
- Lesieur O., Herbland A., Cabsson S., Hoppe M., Guillaume F., Leloup M. (2018). Changes in limitations of life-sustaining treatments over time in a French intensive care unit: A prospective observational study. *Journal of Critical Care*. 47, 10. 21-29.
- Leske, J. (2002). Protocols for Practice: Applying Research at Bedside. *Critical Care Nurse*. 6, 22. 61-65.
- Lewis K. , Whipple J. , Michael K. , Quebbeman E. (1994). Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 51, 12. 1539–1554.
- Lin Y., Lee W., Kuo L., Cheng Y., Lin C., Lin H., Chen C., Lin T. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*. 14, 8. 1-8.
- Locke M., Eccleston S., Ryan C., Byrnes T., Mount C., McCarthy M. (2016). Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. *AACN Advanced Critical Care*. 27, 2. 212-220.

- Lopes J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Biblioteca da dor. Permanyer Portugal. Lisboa. 2. ISBN: 972-733-134-3.
- Loureiro A., Galego I., Banza J., Martins R., Lobo S., (2012). *Delegação em enfermagem*. Percursos. 23. 9-11.
- Luckianow G., Ellis M., Governale D., Kaplan L. (2012). *Abdominal Compartment Syndrome: Risk Factors, Diagnosis, and Current Therapy*. *Critical Care Research and Practice*. 12, 7. 1-8.
- Mateus A., Ferreira B., Monforte E., Ferreira F., Alvarenga M., Silva M., Leite M. (2008). *Dor Guia Orientador De Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.1.1. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- McCarthy D., Cameron K., Courtney D., Vozenilek J. (2012). *Self-reported use of communication techniques in the emergency department*. *Journal of Emergency Medicine*. 43, 5. 355-361.
- McGregor D. (2006). *The Human Side of Enterprise*. *Reflections*. 2, 1. 6-15.
- Medina E., Pailaquilén R. (2010). *Systematic Review and its Relationship with Evidence-Based Practice in Health*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18, 4. 824-831.
- Meyers, T., Eichhorn, B., Guzzetta, A., Clark, A., Klein, J., Taliaferro, E., Calvin, A. (2000). *Family presence during invasive procedures and resuscitation - The experience of family members, nurses, and physicians*. *American Journal of Nursing*. 100, 2. 32-42.
- Metheny A., Frantz A. (2013). *Head-of-Bed Elevation in Critically Ill Patients: A Review*. *Feature*. 33, 3. 53-66.
- Milanesi R., Caregnato R. (2015). *Pressão intra-abdominal: revisão integrativa*. *Einstein*. 14, 3. 423-430.
- Min J., Kim H., Park S., Lim H., Song J., Byon H. (2017). *Adequate interval for the monitoring of vital signs during endotracheal intubation*. *BMC Anesthesiology*. 17, 110. 2-6.
- Moen E., Naden D. (2015). *Intensive care patients perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study*. *Intensive and Critical Care Nursing*. 31, 5. 285-293.
- Moon K., Lee S. (2105). *The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial*. *International Journal of nursing Studies*. 52, 9. 1423-1432.

- Moskop C., Marco A., Larkin L., Geiderman M., Derse R. (2005). From Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in Emergency Medicine—Part I: Conceptual, moral, and legal foundations. *Annals of Emergency Medicine*. 45,1. 53–59.
- Muturi A., Ndagutha P., Ojuka D., Kibet A. (2017). Prevalence and predictors of intra-abdominal hypertension and compartment syndrome in surgical patients in critical care units at Kenyatta National Hospital. *BCM Emergency Medicine*. 17, 10. 2-10.
- Nunes S. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*. 20, 1. 40-44.
- Ochagavía A., Baigorri F., Mesquida J., Ayuela M., Ferrándiz A., García, X., Gil A. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. *Medicina Intensiva*. 38, 3. 154–169.
- Oliveira N., Chaves L. (2019). Material Resource Management: The Role Of Intensive Care Unit Nurses. *Revista Rene Fortaleza*. 10, 4. 19-27.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. 5-6. Consultado a 6 de outubro de 2018.

Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor Guia Orientador De Boa Prática*. Lisboa.1.1. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. 2.ª série - N.º 35. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 6 de outubro de 2018. Consultado a 22 de setembro de 2018.
- Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros*. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 8 - Exercício profissional dos

enfermeiros. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 28 de outubro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 9.º - Intervenções dos enfermeiros. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 28 de novembro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 106 - Dever do sigilo. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 6 de outubro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 107 - Do respeito pela intimidade. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 6 de outubro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 109 - Da excelência do exercício. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 28 de outubro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 110.º - Da Humanização dos Cuidados. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 28 de novembro de 2018. Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 1.ª série - N.º 181. Artigo 112 - Dos deveres para com outras profissões. Lisboa, Portugal: Diário República. Consultado a 28 de novembro de 2018.

Disponível em:

https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

- Orgeas M., Willems V., Timsit J., Diaw F., Brochon S., Vesin A., Philippart F., Tabah A., Coquet I., Bruel C., Moulard M., Carlet J., Misset B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*. 25, 4. 634-640.
- Patel V., Hodges J., Mariyaselvam A., Peutherer C., Young P. 2018. Unintentional endotracheal tube cuff deflation during routine checks: a simulation study. *Nursing in Critical Care*. 23, 7. 1-6.
- Pailaquilen R. (2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. Editorial. 31, 2. 181-182.
- Patil A., Srinivasarangan M., Ravindra P., Mundada H. (2017). Studying Protocol-Based Pain Management in the Emergency Department. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 10,4. 180-188.
- Pereira B., Fraga G. (2013). Síndrome Compartimental Abdominal. *Proac*. 9, 2. 57-78.
- Petrinec A., Martin B. (2017). Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decisionmakers of critically ill patients. *Palliative and Supportive Care*. 16, 6. 1-6.
- Petrinec A. (2017). Post - Intensive Care Syndrome in Family Decision Makers of Long - Term Acute Care Hospital Patients. *American Journal of Critical Care*. 26, 5. 416-422.
- Petronios S., Dicorcia M., Duggan A. (2012). Navigating Ethics of Physician - Patient-Confidentiality: A Communication Privacy Management Analysis. *The Permanente Journal*. 16, 4. 41-45.
- Pierik J. , Berben S. , Ijzerman M., Gaakeer M., Eenennaam F., Vugt A. (2016). A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *International Emergency Nursing*. 27, 7. 3-10.
- Pisani M., Kong S., Kasl S., Murphy T., Araujo K., Ness P. (2009). Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*. 180, 11. 1092-1097.
- Pol I., Iterson M., Maaskant J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 41, 4. 18-25.

- PORDATA (2018). Estabelecimentos de Saúde: Feridos em acidentes de viação. Consultado a 21 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.pordata.pt/Municipios/Feridos+e+mortos+em+acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o-232>
- PORDATA (2018). Estabelecimentos de Saúde: Urgências nos hospitais. Consultado a 21 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.pordata.pt/Municipios/Urg%C3%Aancias+nos+hospitais-246>
- Rawal G., Yadav S., Kumar R. (2017). Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *Journal of Translational Internal Medicine*. 5, 2. 90-92.
- Reade M., Finfer S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*. 370, 5. 444-454.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2ª série N.º 35 (18 de fevereiro de 2011). 8648-8653. Consultado a 20 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://dre.tretas.org/dre/1227225/regulamento-122-2011-de-18-de-fevereiro>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2ª série N.º 135 (16 de julho de 2018). 19359-19369. Consultado a 20 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro - Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, 2ª série N.º 233 (2 de dezembro de 2014). 30247-31254. Consultado a 20 de novembro de 2018.
Disponível em:
<https://dre.pt/application/conteudo/60651797>
- Ridderikhof M., Schyns F., Schep N., Lirk P., Hollmann M., Goslings J. (2016). *Emergency Department Pain Management In Adult Patients With Traumatic Injuries*

Before And After Implementation Of A Nurse-Initiated Pain Treatment Protocol Utilizing Fentanyl For Severe Pain. *The Journal of Emergency Medicine*. 52,4. 417-425.

- Rodrigues M., Santana L., Galvão I. (2017). Use of ABCDE in caring for the traumatized. *Revista Médica*. 96,4. 278-280.
- Rosa R., Tonietto T., Silva D., Gutierrez F., Ascoli A., Madeira L., Rutzen W., Falavigna M., Robinson C., Salluh J., Cavalcanti A., Azevedo L., Cremonese R., Haack T., Eugênio C., Dornelles A., Bessel M., Teles J., Skrobik Y., Teixeira C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Clinical care Medicine*. 45, 10. 1660- 1667.
- Salluh I., Wang H., Schneider B., Nagaraja N., Yenokyan G., Damluji A., Serafim B., Stevens D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 350, 3. 1-10.
- Salway J., Valenzuela A., Shoenberger M., Mallon K., Viccellio A. (2017). Emergency Department (Ed) Overcrowding: Evidence-Based Answers To Frequently Asked Questions. *Revista Médica Clínica Condes*. 28, 2. 213-219.
- Sá M. (2014). *Neurologia Clínica Compreender as Doenças Neurológicas*. Edições Univ. Fernando Pessoa. 2ª edição. 1040. ISBN: 9789896431198.
- Santos J., Lima M., Pestana A., Garlet E., Erdmann A. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 26, 2. 136-143.
- Scheiermann C., Kunisaki Y., Frenette P. (2013). Circadian control of the immune system. *Nature Reviews Immunology*. 13, 3. 190-198.
- Scheunemann P., Arnold M., White B. (2012). The facilities values history: helping surrogates make authentic decisions for incapacitated patients with advanced illness. *Critic Care Medicine*. 186, 6. 480-486.
- Scruth E. (2014). PostYIntensive Care Syndrome Preventing Complications and Improving Long-Term Outcomes. *Clinical Nurse Specialist*. 28,1. 9-11.
- Sheehy S. (2009). *Enfermagem de Urgência Da teoria à pratica*. 4ª ed. Lusodidata. Lisboa. ISBN 972-8383-16-9.
- Silva R., Amante L., Salun N., Martins T., Minatti F. 2018. Visibilidade do transporte intra-hospitalar emu ma unidade de terapia intensiva: um estudo descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38, 3. 1-6.

- Smithburger P., Korenoski A., Kane-Gil S., Alexander S. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*. 37, 6. 48-58.
- Sociedade Portuguesa de cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Consultado a 18 de outubro de 2018. Disponível em: Dor: Manual Prático. https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Sofaer B. (1994). Dor: Manual Prático. 2ª Edição. Editora Revinter. Brazil. ISBN: 8585228857.
- Sokoloff C., Daoust R., Paquet J., Chauny J. (2014). Is adequate pain relief and time to analgesia associated with emergency department length of stay? Aretrospective study. *BMJOpen*. 4. 3. 1-7.
- Sola F., Molina J., Padilla J. (2018). Characterization, conservation and loss of dignity at the end-of- life in the Emergency Department. A qualitative protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 6, 76. 1392-1401.
- Song J., Lee M., Jung D. (2017). The Effects Of Delirium Prevention Guidelines On Elderly Stroke Patients. *Clinical Nursing Research*. 28, 8. 967-983.
- Sousa A. S., Ferrito C., Paiva J. A. 2018. Intubation-associated pneumonia: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 44, 2. 45-52.
- Souza A., Filha M., Silva L., Monteiro A., Fialho A. (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Reben*. 6, 59. 805-807.
- Stein-Parbury J., McKinley S. (2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical Care*. 9, 1. 20-27.
- Tilouche N., Hassen M., Ali H., Jaoued O., Gharbi R., Atrous S. (2018). Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 22, 3. 144-149.
- Tiwari A., Pandya J. (2016). Study of the occurrence of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in patients of blunt abdominal trauma and its correlation with the clinical outcome in the above patients. *World J Emerg Surg*. 11, 9. 1-7.
- Toloti A., Bagnasco A., Catania G., Aleo G., Pagnucci N., Cardorin L., Zanini M., Rocco G., Stievano A., Carnevale F., Sasso L. (2018). The communication

experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 46, 4. 24-31.

- Tovar G., Omaira L., Leticia D., Fabián C. (2016). Evidence -and Betty Neuman's model- based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit. *Enfermeria Global.* 15, 41. 64.77.
- Truhlář A., Deakin, D., Soar J., Khalifa A., Alfonzo A., Bierens M., Wetsch, A. Brattebø G., Brugger H., Dunning J., Anticeticvic S., Koster R., Lockey D., Lott C., Paal P., Perkins G., Sandroni C., This K., Zideman D., Nolan J. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation.* 95, 148–201. Consultado a 22 de outubro de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.017>
- Truog R., Campbell M., Curtis J., Hass C., Luce J., Rubenfeld G., Rushton C., Kaufman D. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Special Articles.* 36, 3. 953-963.
- Ursin L. (2010). Privacy and Property in the Biobank Context. *Hec Forum.* 22, 3. 211-224.
- Varndell W., Fry M., Elliot D. (2019). Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *Elsevier.* 40, 9. 46-53.
- Vasilevskis E., Chandrasekhar R., Holtze C., Graves J., Speroff T., Girard T., Patel M., Hughes C., Cao A., Pandharipande P., Ely E. (2018). The Cost of ICU Delirium and Coma in the Intensive Care Unit Patient. *Medical care.* 56, 10. 890-897.
- Viana C., Bragas L., Lazzari D., Garcia C., Moura G. (2016). Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enfermagem.* 25, 1. 1-7.
- Viana R. (2011). *Enfermagem Em Terapia Intensiva - Práticas Baseadas Em Evidência.* 1ª edição. Atheneu. 560. ISBN 853880250x.
- Walters A., Peelen L., Veldhuizen D., Zaal I., Lange D., Pasma W., Dijk D., Cremer O., Slooter A. (2017). Long-Term Self-Reported Cognitive Problems After Delirium in the Intensive Care Unit and the Effect of Systemic Inflammation. *Journal of the American Geriatrics Society.* 65, 4. 786-691.
- Wassenaar A., Rood P., Schoonhoven L., Teerenstra S., Zegers M., Pickkers P., Boogaard M. (2017). The Impact Of Nursing Delirium Preventive Interventions In

The Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A Study Protocol For A Multi-Centre, Stepped Wedge Randomized Controlled Trial. *International Journal Of Nursing Studies*. 68, 1. 1-8.

- Watson W., Judith H. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. Lusociência. Loures. 1, 363-390. ISBN 972-8383-65-7.
- Wei L., Fearing M., Stemberg E., Inouye S. (2008). The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56, 5. 823-830.
- Xie J., Yang Y., Huangang Y., Kang Y., Ma X., Wang X., Liu J., Wu D., Tang Y., Qin B., Guan X., Li J., Yu K., Liu D., Yan J., Qiu H., (2018). The Current Epidemiological Landscape of Ventilator-associated Pneumonia in the Intensive Care Unit: A Multicenter Prospective Observational Study in China. *Clinical Infectious Diseases*. 67, 2. 153-161.
- Yamaguchi T., Tsukioka E., Kishi Y. (2014). Outcomes after delirium in a Japanese intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*. 36, 6. 634-636.
- Yan L., Dong X., Xiao S. (2018). Urinary tract infection control in intensive care patients. *Medicine*. 97, 38. 1-3.
- Zuckerman L. (2016). Oral Chlorhexidine Use to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 35,1. 25-36.
- Zuo X., Meng F. (2015). A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*. 2, 4. 340-347.

5 Apêndices

Apêndice I

Proposta de Protocolo de Gestão da Dor no Serviço de Urgência em Doentes Vítimas de Trauma dos Membros



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Serviço de Urgência

Proposta de Protocolo de Gestão da Dor no Serviço de Urgência em Doentes Vítimas de Trauma dos Membros

Estudante: Filipe Ribeiro Varejão

Orientação: Prof. Doutora Patrícia Coelho

28 de outubro de 2018

ÍNDICE

	Pág.
1 Pertinência do Protocolo de Gestão da Dor	5
2 Objetivos Específicos na Aplicação do Protocolo de Gestão da Dor	9
3 Âmbito de Aplicação do Protocolo de Gestão da Dor	11
4 Metodologia	13
5 Gestão da Dor	15
6 Conclusão	21
7 Referências Bibliográficas	23

1 PERTINÊNCIA DO PROTOCOLO DE ANALGESIA

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, a Direção Geral de Saúde, a 14 de junho de 2003, publicou uma circular normativa n.º 09/DGCG, instituindo a dor como 5º sinal vital, onde é reconhecida a sua importância. Assim, consideramos boa prática clínica, a avaliação, alívio e registo regular da dor por parte de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

Os avanços na investigação relativamente à dor aguda, favoreceram de forma significativa a compreensão da sua etiologia, avaliação e tratamento, contribuindo assim, para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade.

O tratamento da dor aguda, em contexto de urgência, é de extrema importância, não só, tendo em vista a qualidade dos cuidados de saúde prestados, que deve ser primordial na saúde, mas também, do ponto de vista fisiológico. Segundo Lewis [et al.] (1994), a dor aguda não tratada pode ter efeitos colaterais cardiovasculares e respiratórios.

Atualmente, a dor aguda, é uma queixa frequente dos doentes que recorrem ao serviço de urgência (SU), contudo, segundo Pierik [et al.] (2016), é muitas vezes negligenciada pelos profissionais.

Apesar da importância da gestão da dor em contexto de urgência, para Berben [et al.] (2012), existem barreiras no tratamento e alívio eficaz da dor, tais como, a inadequada comunicação interdisciplinar, excesso de carga de trabalho, assim como, défices ou equívocos sobre a necessidade de uma gestão da dor adequada.

A aplicação de um protocolo de analgesia a doentes vítimas de traumatismo dos membros, vai permitir a uniformização de cuidados de enfermagem não farmacológicos antes e depois da observação médica, assim como, a administração de analgésicos antes do doente ser observado pelo médico.

A pertinência do protocolo deve-se a vários fatores, nomeadamente a perceção de uma prática não sistematizada neste âmbito, por parte da equipa de enfermagem, no que se refere a intervenções não farmacológicas antes e depois da observação médica, pela subvalorização do 5º sinal vital por parte da equipa multidisciplinar, haver um atraso considerável na observação dos doentes pelo clínico, dado o excesso de carga de trabalho, sendo por isso necessário uma intervenção de enfermagem, e ainda, interesse da chefia deste serviço, assim

como, pelo elevado número de feridos em acidentes de viação nesta área geográfica, fornecido por PORDATA³ (1951 feridos em acidentes de viação em 2017).

A utilização de protocolos de gestão da dor, segundo Finn [et al.], (2012), Ridderikhof [et al.], (2016), contribui para uma melhor gestão da dor no doente vítima de traumatismo. Patil [et al.] (2017), chega à mesma conclusão através de um estudo, em que avalia o efeito da aplicação de um protocolo de gestão da dor no SU, além de, considerar também que o alívio da dor foi mais eficaz após implementação de um protocolo de analgesia.

Decosterd [et al.] (2007), publicam um estudo prospetivo pré e pós implementação de protocolos de gestão da dor aguda no SU, em que demonstram uma melhoria substancial no controlo da dor, aumento da percentagem de doentes a quem é administrada analgesia, verificando maior alívio da dor no momento de alta, assim como, maior satisfação do doente. Para Sokoloff [et al.] (2013), a implementação de protocolo de gestão da dor, diminui o tempo de permanência dos doentes no SU.

O controlo da dor, deve ser um compromisso e uma obrigação deontológica para os profissionais de saúde, devendo por isso ocupar um lugar de destaque na estratégia terapêutica. A dor, além de ser um sintoma clínico, é também uma evidência potencial de patologia, sendo muitas vezes ignorada pelos profissionais em contextos de trauma. A intensidade da agressão, ainda que muito breve, pode causar perturbações duradouras, é o exemplo da redução de uma fratura óssea, ainda que muito rápida, não dispensa de analgesia adequada.

A implementação de um protocolo de analgesia em doentes vítimas de trauma dos membros, é um desafio aos profissionais de saúde, no sentido de otimizar a gestão e controlo da dor do doente, antes da observação médica, assim como, na preparação para procedimentos dolorosos. Sabemos hoje, pela experiência acumulada, que a utilização de protocolos nos conduz a uma intervenção analgésica organizada, assim como, a uma uniformização de procedimentos com maior eficácia e segurança para o doente.

³ Fonte PORDATA, Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Municipios/Feridos+e+mortos+em+acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o-232>

Neste sentido, achamos pertinente uma abordagem organizativa da dor aguda, sendo de interesse para a equipa do SU e para os doentes vítimas de trauma dos membros, a implementação e um protocolo de analgesia, que permita a obtenção dos ganhos descritos na bibliografia. Assim, na perspetiva de dar resposta a uma necessidade por nós identificada, e como elo de ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, vimos propor a implementação de um protocolo de gestão da dor em parceria com um médico anestesista que aceitou participar na construção do protocolo no que se refere a questões farmacológicas, bem como, com a autorização do Enf.º Chefe do SU e da Diretora Clínica que manifestaram total concordância e pertinência do mesmo.

O objetivo do protocolo é padronizar a gestão da dor através de um protocolo de gestão da dor contendo intervenções autónomas de enfermagem e intervenções interdependentes baseadas na escala progressiva da intensidade da dor, em doentes vítimas de traumatismo dos membros.

Assim, pretendemos obter um maior grau de satisfação do doente, procurando acima de tudo, garantir através da ativação do protocolo, a resposta atempada e uniforme dos enfermeiros, de forma responsável e profissional à avaliação, tratamento e registo do 5º sinal vital. O protocolo, onde constam medidas não farmacológicas de gestão da dor, revela-se bastante pertinente, pois impõe uma observação e ação precoce de enfermagem, uma vez que por vezes, o tempo de espera para observação clínica, é superior ao desejado, levando a que o doente seja admitido e observado tardiamente pelo enfermeiro.

O protocolo encontra-se dividido em quatro capítulos. Na introdução foi feito um enquadramento global, pretendemos fazer uma breve abordagem sobre a dor, assim como, a importância que detém a aplicação de um protocolo de gestão da dor no âmbito do SU. Incluindo também os objetivos do protocolo de gestão da dor, assim como, os critérios de inclusão.

No segundo capítulo, é abordado o âmbito de aplicação do protocolo de gestão da dor e a sua pertinência.

No terceiro capítulo, descrevemos a metodologia e circunstâncias de aplicação do protocolo de gestão da dor.

No quarto capítulo, procuramos fazer referência a um conjunto de medidas não farmacológicas e farmacológicas de gestão da dor, assim como, os princípios de gestão da

dor. No referido capítulo, é também apresentado um protocolo de gestão da dor farmacológico.

No decurso da elaboração do presente protocolo, optamos por uma metodologia de revisão de literatura, em que foram consultadas diversas fontes bibliográficas que serviram de pilar para a sua construção e contribuíram para a fundamentação teórica do mesmo.

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ANALGESIA

Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de urgência, de seguida são apresentados os objetivos específicos.

- Gerir a dor de forma eficaz e contínua, contendo avaliação, intervenção e registo de enfermagem;
- Aliviar a dor do doente;
- Uniformizar procedimentos;
- Humanizar os cuidados de saúde;
- Proporcionar maior conforto ao doente;
- Prevenir potenciais complicações;
- Favorecer a precocidade da alta.

A - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A utilização de critérios tem como objetivo descrever as características gerais dos doentes aos quais poderá ser aplicado o protocolo de analgesia.

- Serão incluídos no protocolo de analgesia os doentes adultos, triados no serviço de urgência, vítimas de traumatismos dos membros e que referem dor aguda.

3 ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ANALGESIA

Sabemos hoje, através da experiência acumulada, que a implementação de um protocolo de gestão e controlo da dor uniformiza procedimentos e conduz a uma prestação de cuidados de saúde de forma organizada, eficaz e segura no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. A literatura demonstra que a sua utilização, diminui o tempo de espera para o alívio da dor, aumenta a satisfação do doente, aumenta o número de doentes a quem é executada uma eficaz gestão da dor, assim como, diminui o tempo de permanência dos doentes no SU.

Neste sentido, foi elaborado a presente proposta de protocolo de analgesia, com vista a uma otimização da gestão e controlo da dor no doente vítima de traumatismo dos membros. Para tal, contamos com a colaboração de uma equipa constituída por médicos especialistas, Enfermeiro Chefe e Diretor do respetivo serviço, para a abordagem desta temática na elaboração da proposta do protocolo.

4 METODOLOGIA

O processo de alívio de dor aplica-se a todos os doentes adultos, vítimas de trauma dos membros, após a avaliação da dor realizada na triagem *Manchéster*.

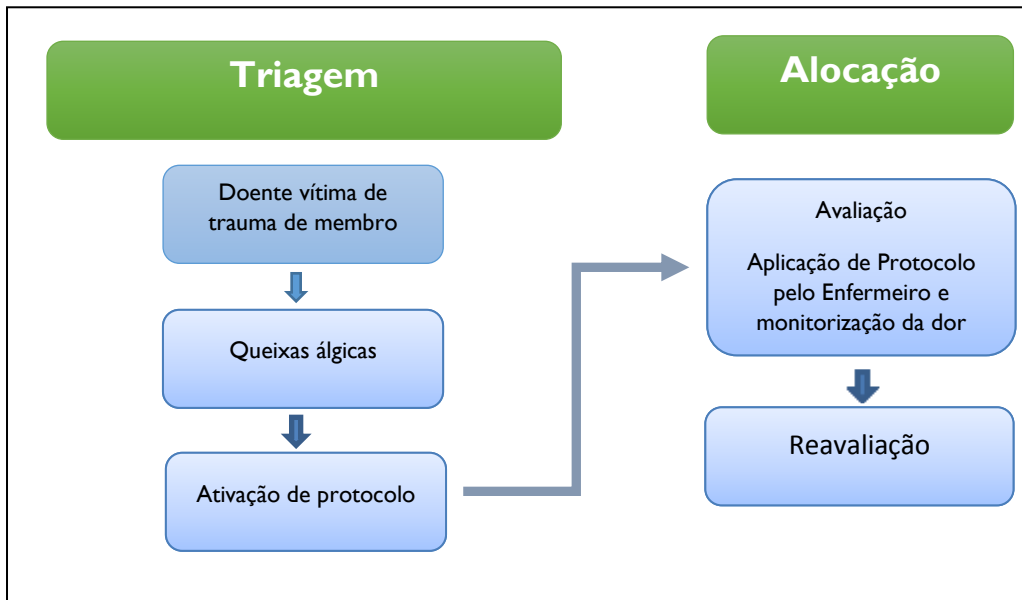
A avaliação da dor é realizada através da escala da dor disponível na triagem *Manchéster* e adequada ao doente, sendo neste momento ativado o protocolo de analgesia por parte do enfermeiro. O doente é encaminhado pelo assistente operacional para a área correspondente, (especialidade de ortopedia). O enfermeiro responsável pela área à qual o doente fica alocado, inicia o protocolo de analgesia, previamente ativado na triagem *Manchéster*.

Para este estudo optamos por uma metodologia de revisão de literatura, em que foram consultadas diversas fontes bibliográficas. A pesquisa foi realizada na base de dados EBSCO, com as palavras chave: “emergency department” and “pain management or pain relief or pain control or pain reduction” and “analgesia and trauma” and “protocol”. Os critérios de exclusão foram “burns or burn injury or scald or thermal injury”, “back pain or low back pain or lumbar pain or chronic low back pain”. Incluímos os estudos no período temporal de 2010 a 2018. Obtivemos um total de 38 artigos, sendo analisados 8 devido a terem sido excluídos 30 por não estarem relacionados com os benefícios da aplicação de um protocolo de gestão da dor ou não apresentarem consequências de uma gestão ineficaz da dor.

A literatura demonstra que a implementação de protocolo de analgesia nos serviços de urgência, aumenta o número de doentes com acesso a analgesia, diminuem o tempo de espera para a administração de analgésicos, diminui o tempo de permanência no SU, assim como, aumenta a satisfação dos doentes.

É apresentado de seguida na figura 1, o organograma do circuito do doente com a ativação do protocolo, assim como, o protocolo de analgesia em doentes vítimas de trauma dos membros.

Figura 1 - Organograma do circuito do doente com a ativação do protocolo



5 GESTÃO DA DOR

Para uma gestão da dor eficaz, é essencial uma atuação planeada e organizada por parte dos Enfermeiros, assim, existe um conjunto de medidas não farmacológicas e farmacológicas de gestão da dor que serão apresentadas de seguida.

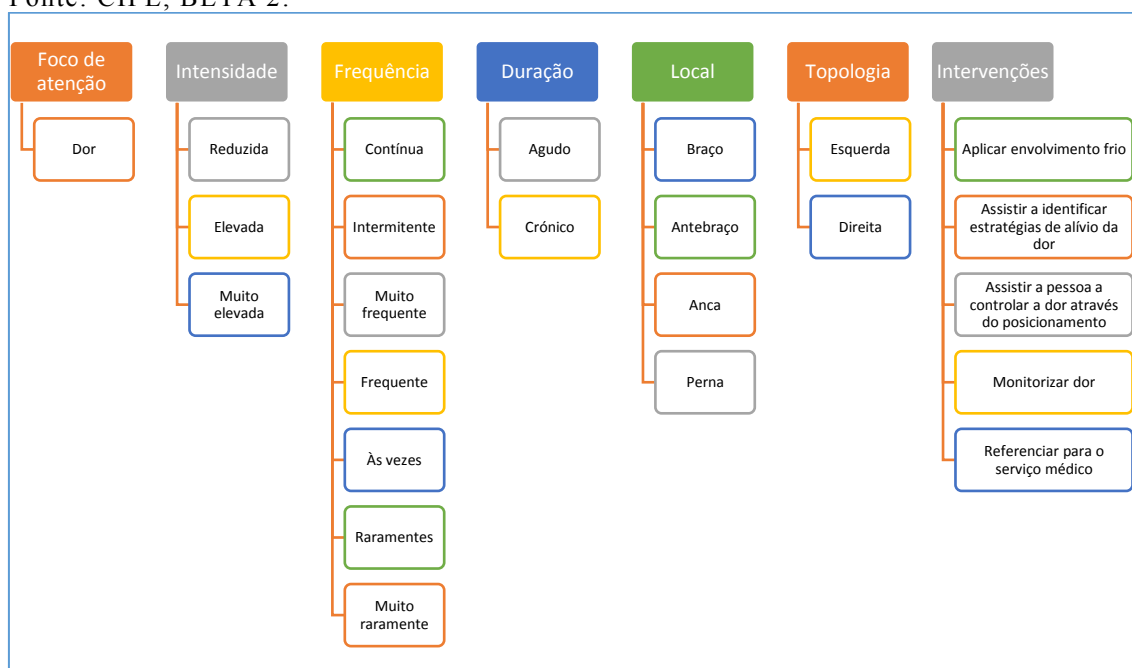
5.1 Medidas não Farmacológicas de Gestão da Dor

O controlo da dor deve compreender intervenções com vista à prevenção e tratamento da dor, segundo a OE (2008), o enfermeiro, perante a previsão ou presença de dor, deve promover cuidados que aliviem ou reduzam a mesma.

O Plano nacional de luta contra a dor (2001), recomenda medidas farmacológicas e não farmacológica na gestão da dor.

O protocolo, onde constam medidas não farmacológicas de gestão da dor, revela-se bastante pertinentes, pois impõe uma observação e ação precoce de enfermagem, uma vez que por vezes, o tempo de espera para observação clínica, é superior ao desejado, levando a que o doente seja admitido e observado tardiamente pelo enfermeiro. Explanamos de seguida, na figura 2, a elaboração do diagnóstico de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2012), assim como, as intervenções não farmacológicas.

Figura 2: Diagnóstico e intervenções de enfermagem.
Fonte: CIPE, BETA 2.




5.2 Medidas Farmacológicas de Gestão da Dor:

A gestão terapêutica analgésica da dor para doentes vítimas de traumatismo dos membros, segundo protocolo de gestão da dor através de medidas farmacológicas.

5.2.1 Protocolo de Gestão da Dor Farmacológico

Perante a previsão ou presença de dor, o enfermeiro deve promover cuidados que aliviem ou reduzam a mesma, as técnicas farmacológicas devem ser utilizadas em reforço às medidas não farmacológicas. Assim, são apresentadas de seguida atitudes farmacológicas elaboradas pelo grupo médico responsável pela gestão terapêutica, na figura 3 no que respeita ao intervalo de tempo para administração de fármacos, assim como, o tempo ao fim do qual se deve reavaliar a dor.

Figura 3: Período para avaliação, intervenção e reavaliação da dor pelo enfermeiro.

	SEM DOR	DOR 1-3	DOR 4-6	DOR 7-10
Medidas não farmacológicas	-	De acordo com protocolo de gestão da dor	De acordo com protocolo de gestão da dor	De acordo com protocolo de gestão da dor
Medidas farmacológicas				
1ª administração	-	15 min após entrada	15 min após entrada	15 min após entrada
Via e tipo	-	Analgesia EV	Analgesia EV	Analgesia EV
Monitorização contínua e registo da dor após intervenção				
Reavaliação				

Será exposto no SU, o algoritmo de fármacos, definidos pelos médicos envolvidos no projeto, disponíveis para os doentes com dor de nível 1 a 10 na escala numérica da dor, mediante as patologias do doente, podendo ser considerado condição I para doentes com asma ou insuficiência cardíaca ou insuficiência renal ou alergia a ceterolac, a condição II para doentes com insuficiência hepática ou alergia a Paracetamol, Condição III para doentes com alergia ou sobredosagem de Tramadol e sem contra indicação para doentes que não manifestem nenhuma das patologias ou situações referidas. Este algoritmo não está presente neste projeto porque não foi de nossa autoria e ainda está em processo de validação pela direção de serviço.

6 CONCLUSÃO

A aplicação do protocolo de gestão da dor, visa o aumento da qualidade dos cuidados através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que podem ser postas em prática de forma a aumentar o número de doentes com acesso a analgesia, diminuir o tempo de espera dos doentes no acesso à gestão da dor, diminuir o seu tempo de permanência dos doentes no SU e aumentar a satisfação dos doentes.

Assim, pretendemos uma abordagem organizada da gestão da dor aguda, sendo de interesse para o SU, particularmente em doentes vítimas de trauma dos membros. Consideramos que a padronização da gestão do 5º sinal vital, através de um protocolo de gestão da dor, apresenta ganhos em saúde para o doente, sendo de especial relevância as intervenções não farmacológicas de gestão da dor.

O presente protocolo carece ainda da apreciação da direção de serviço e posterior análise do conselho de administração.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berben A., Meijs M., Grunsven V., Scohoonhoven L., Achterberg V. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*. 43, 9. 1397-1402.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2. Gráfica 2000. Lisboa. 226. ISBN: 972-98149-5-3.
- Decosterd I., Hugli O., Tamchès E., Blanc C., Mouhsine E., Givel J., Yersin B., Buclin T. (2007). Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Emergency Medicine*. 50, 4. 462-471.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Consultado a 27 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2001). Programa Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Grafifina Edições. Lisboa. ISBN 972-9425-95-7.
Disponível em:
<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Finn C., Rae M., Gibson N., Watters T., Jacobs G. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurseinitiated pain protocol: A before-andafter study. *Contemporary Nurse*. 43, 1, 29-37.
- Lewis, S., Whipple K., Michael A., Quebbeman J., (1994). Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 51, 12. 1539–1554.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor Guia Orientador De Boa Prática. Lisboa.1.1. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Patil M., Srinivasarangan M., Ravindra P., Mundada H. (2017). Studying Protocol-Based Pain Management in the Emergency Department. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 10, 4. 180-188.

- Pierik G., Berben A., Ijzerman J., Gaakeer I., Eenennaam L., Vugt B. (2016). A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *International Emergency Nursing*. 27, 7. 3-10.
- PORDATA (2018). Estabelecimentos de Saúde: Feridos em acidentes de viação. Consultado a 21 de outubro de 2018.
Disponível em:
<https://www.pordata.pt/Municipios/Feridos+e+mortos+em+acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o-232>
- Ridderikhof L., Schyns J., Schep W., Lirk P., Hollmann W., Goslings C. (2016). Emergency Department Pain Management In Adult Patients With Traumatic Injuries Before And After Implementation Of A Nurse-Initiated Pain Treatment Protocol Utilizing Fentanyl For Severe Pain. *The Journal of Emergency Medicine*. 52, 4. 417-425.
- Sokoloff C., Daoust R., Paquet J., Chauny J. (2014). Is adequate pain relief and time to analgesia associated with emergency department length of stay? A retrospective study. *BMJ Open*. 4, 3. 1-7.

Apêndice II

Artigo de Revisão da Literatura - Intervenções não Farmacológicas na Prevenção de
Delirium na Unidade de Cuidados Intensivos

Intervenções não Farmacológicas na Prevenção de Delirium na Unidade de Cuidados Intensivos

Non-Pharmacological Interventions for the Prevention of Delirium in the Intensive Care Unit

Autor: Varejão, Filipe (1); Coelho, Patrícia (2).

(1) Enfermeiro no serviço da Unidade de Cirurgia de Ambulatório no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Rua D. João V, Edifício Millenium, Bloco A, 5º Direito Frente, 4560-887, Penafiel; filipevarejão@gmail.com; 936346954.

(2) Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Resumo: O *delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), é reconhecido como um problema de saúde que tem impacto a longo prazo, não só para o doente, como também, no que respeita a encargos financeiros para os serviços de saúde, razões pelas quais, os enfermeiros assumem um papel preponderante na implementação de medidas preventivas de *delirium*. O objetivo deste estudo, foi identificar as intervenções não farmacológicas na prevenção de *delirium* na UCI. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas B-ON, PubMed e Scielo com os descritores “delirium” and “unidade de cuidados intensivos*” not “farmacológico”, not “crianças” not “dexmedetomidine” not “propofol” not “midazolam” not “haloperidol”. A pesquisa realizada nas bases de dados realizou-se no mês de dezembro de 2018. **Resultados:** Como resultado, obtivemos dez artigos. A prevenção de *delirium* está associada a medidas, que estão categorizadas neste estudo, em cinco áreas: comunicação, estimulação visual, estimulação auditiva, estimulação cognitiva, preservação do sono noturno, mobilização precoce e inclusão da família nos cuidados, que podem

efetivamente diminuir a incidência desta patologia, e assim, melhorar os resultados clínicos. **Conclusão:** Neste estudo estão explanadas intervenções não farmacológicas preventivas de *delirium*, das quais se salienta a estimulação auditiva e a preservação do sono como sendo referidas pela maioria dos autores.

Palavras-chave: *delirium, intensive care unit, nurs*, pharmacolog*, child, dexmedetomidine, propofol, midazolam, haloperidol*

ABSTRACT: *In the Intensive Care Unit, delirium is recognized as a health issue with a long term impact, not only for the patient, but also for the Health Service itself, because of its financial charges. This is why nurses assume such a major role in the implementation of the delirium preventive ways. The main goal of this study was to identify non pharmacological interventions in regards to the delirium prevention in the Intensive Care Unit. Methodology: A literature review was held based on the electronic data B-ON, PubMed and Scielo. The data base research was accomplished in december 2018. Results: As a result, we obtained 10 articles. The prevention of the delirium is associated to measures that are categorized in this study, in five areas: communication; visual stimulation; hearing stimulation; cognitive stimulation; nocturnal sleep preservation; early mobilization and family inclusion in the care process, which can reduce effectively the occurrence of this pathology, and, with this, improve clinic results. Conclusion: We can find in this study preventive delirium non pharmacological interventions, on which we can point out the auditive stimulation and the nocturnal sleep preservation as the most advocated one from the majority of the authors.*

Keywords: *delirium, intensive care unit, nurs*, pharmacolog*, child, dexmedetomidine, propofol, midazolam, haloperidol*

INTRODUÇÃO

Os doentes internados nas UCI, são submetidos a tratamentos e tecnologia avançada, necessária à sua monitorização contínua, contribuindo para a sobrevivência de milhões de doentes em situação crítica, no entanto existe o risco de desenvolverem complicações durante a sua permanência na UCI, como o *delirium*, segundo Boogaard M. [et al.] (2012), os doentes que desenvolvem *delirium* aquando ao seu internamento, têm maior

dificuldade no que se refere a readaptação social e familiar dado o desenvolvimento de problemas cognitivos a longo prazo.

O *delirium* é caracterizado, segundo American Psychiatric Association (2013), por distúrbio agudo da atenção, cognição e consciência e é classificado em três subtipos baseados em comportamentos psicomotores, hipoativos, hiperativos e misto. Nos doentes com *delirium* hiperativo, verifica-se distração, impaciência, agitação e/ou falta de colaboração. Por outro lado, doentes com *delirium* hipoativo manifestam uma atividade psicomotora acompanhada de lentidão, inconsciência e letargia que se aproxima do estado de estupor. Os doentes com *delirium* numa forma mista, além de poder apresentar uma atividade psicomotora normal, embora com perturbação da atenção e consciência, podem também apresentar flutuação de padrões entre os subtipos hipoativo e hiperativo. Contudo, existem doentes que estão mais expostos ao risco de contrair esta patologia, para Bryczkowski S. [et al.] (2014), existem vários fatores de risco associados ao *delirium*, como o motivo de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a gravidade da doença, a idade avançada, assim como, a pré-existência de demência.

Esta patologia acarreta diversos fatores negativos para o doente e serviço de saúde no que respeita a encargos financeiros, dado o aumento da utilização dos seus recursos. (Tilouche N. [et al.] 2018, Daniels L. [et al.] 2018), referem que o *delirium* aumenta o tempo de internamento na UCI, prolongando o período de ventilação mecânica, (Pisani M. [et al.] 2009, Yamaguchi T. [et al.] 2014, Salluh I. [et al.] 2015) corroboram as referidas conclusões, acrescentando o aumento da mortalidade aquando à presença da doença. Financeiramente, Vasilevskis E. [et al.] (2018) afirma que a presença desta patologia tem um impacto significativo no serviço de saúde, podendo chegar a um aumento dos custos em 20%. A longo prazo, Altman M. [et al.] (2018), associa a incidência de *delirium* ao aumento da incapacidade funcional, para Wolters A. [et al.] (2017), múltiplos dias de *delirium* resultam em problemas cognitivos a longo prazo.

Tendo em consideração as consequências acima explanadas a que o doente crítico está exposto, deve-se agir antecipadamente, desenvolvendo atitudes que visem a prevenção da incidência de *delirium* no doente crítico. Assim, dada a pertinência desta temática, pretendeu-se com este estudo, aprofundar conhecimentos cujo objetivo consistiu em identificar intervenções não farmacológicas na prevenção de *delirium* na UCI. Foi efetuada uma revisão da literatura, com os artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados B-ON, PubMed e Scielo.

METODOLOGIA

Neste estudo, realizamos uma revisão de literatura, uma vez que, segundo Mancini M. [et al] (2006), constitui uma metodologia de eleição na recolha, síntese e aquisição de conhecimentos no que se refere ao tema em estudo. A revisão da literatura, permitiu compilar informação já existente, de forma a sumarizar os resultados pretendidos do estudo.

A execução desta revisão, foi acompanhada por cinco etapas: definição do problema de investigação da estratégia PICO, que segundo Santos C. [et al.] (2007) é uma forma de construir uma pergunta de pesquisa para uma melhor investigação de evidência, paciente (doentes na UCI), intervenção (intervenção não farmacológicas dos enfermeiros) *outcomes* (diminuir a incidência de *delirium*). Questão de investigação (Que intervenções não farmacológicas, podem ser desenvolvidas por enfermeiros, para diminuir a incidência de *delirium*?), definição de critérios de inclusão e exclusão, tratamento de dados dos artigos selecionados para revisão, interpretação de resultados e construção do artigo de revisão.

Para realizar este estudo, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados B-ON, PubMed e Scielo no mês de dezembro de 2018. Para esta revisão, incluímos os estudos considerados relevantes para a temática, não excedendo um período máximo de 5 anos, ou seja, com o período de publicação de 2014 e 2018 inclusive. Os critérios de inclusão considerados na seleção dos artigos para revisão foram os seguintes: data de publicação de 2014 a 2018 inclusive; serem estudos relativos à UCI; conterem intervenções não farmacológicas; representarem uma população de adultos; terem o texto integralmente disponível.

No que se refere aos critérios de exclusão, não se consideraram estudos que: fossem estudos de fármacos como dexmedetomidina, propofol, midazolam e haloperidol.

Para definirmos os descritores da pesquisa foi consultada a plataforma Descritores para Ciência em Saúde (DeCS), (Tabela 1).

No que respeita aos descritores Decs utilizadas e operadores booleanos foram: “*delirium*” and “*intensive care unit*” and “*nurs**” not “*pharmacological**” not “*child*” not “*dexmedetomidine*” not “*propofol*” not “*midazolam*” not “*haloperidol*”.

Tabela 1: Descritores DeCS

Descritor	Definição do descritor
Delirium	Uma desordem caracterizada por confusão; desatenção; desorientação; ilusões; alucinações; agitação; e em alguns casos, a hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Pode resultar de condições tóxicas / metabólicas ou lesões cerebrais estruturais.
Intensive Care Unit	Unidades hospitalares que fornecem vigilância e cuidados contínuos a pacientes com doença aguda.
Nurse	Profissionais qualificados pela graduação de uma escola credenciada de enfermagem e pela passagem de um exame nacional de licenciamento para a prática de enfermagem. Eles prestam serviços a pacientes que necessitam de assistência para recuperar ou manter sua saúde física ou mental.
Pharmacologic actions	Uma ampla categoria de ações e usos químicos que resultam na prevenção, tratamento, cura ou diagnóstico da doença. Estão incluídos aqui drogas e substâncias químicas que agem alterando as funções normais do corpo, como os agentes de controle reprodutivo e os anestésicos. Efeitos de produtos químicos no meio ambiente também estão incluídos.
Child	Uma pessoa de 6 a 12 anos de idade. Um indivíduo de 2 a 5 anos é criança, pré-escola
Dexemetomidine	Derivado imidazólico que é um agonista dos receptores adrenérgicos alfa-2. Está intimamente relacionado com a medetomidina, que é a forma racêmica deste composto.
Propofol	Anestésico intravenoso que possui a vantagem de ter um início muito rápido após infusão ou injeção de bolus, além de um período de recuperação muito curto (alguns minutos).
Midazolam	Droga hipnótico-sedativa com efeito de curta duração, com propriedades ansiolítica e amnésica. É usada para sedação em odontologia, cirurgia cardíaca, procedimentos endoscópicos, como medicação pré-anestésica e como adjunto para anestesia local. Devido a sua curta duração e estabilidade cardiorrespiratória torna-se útil em pacientes de risco, idosos e cardíacos. É hidrossolúvel em pH menor que 4 e lipossolúvel em pH fisiológico.
Haloperidol	Fenil-piperidínil-butirofenona utilizado principalmente para tratar esquizofrenia e outras psicoses. Também é utilizado em transtornos esquizoafetivos, esquizofrenia paranoide, balismo e síndrome de tourette (droga de escolha) e ocasionalmente como terapia adjunta na deficiência intelectual e coreia da doença de huntington. É um antiemético potente e utilizado no tratamento do soluço intratável.

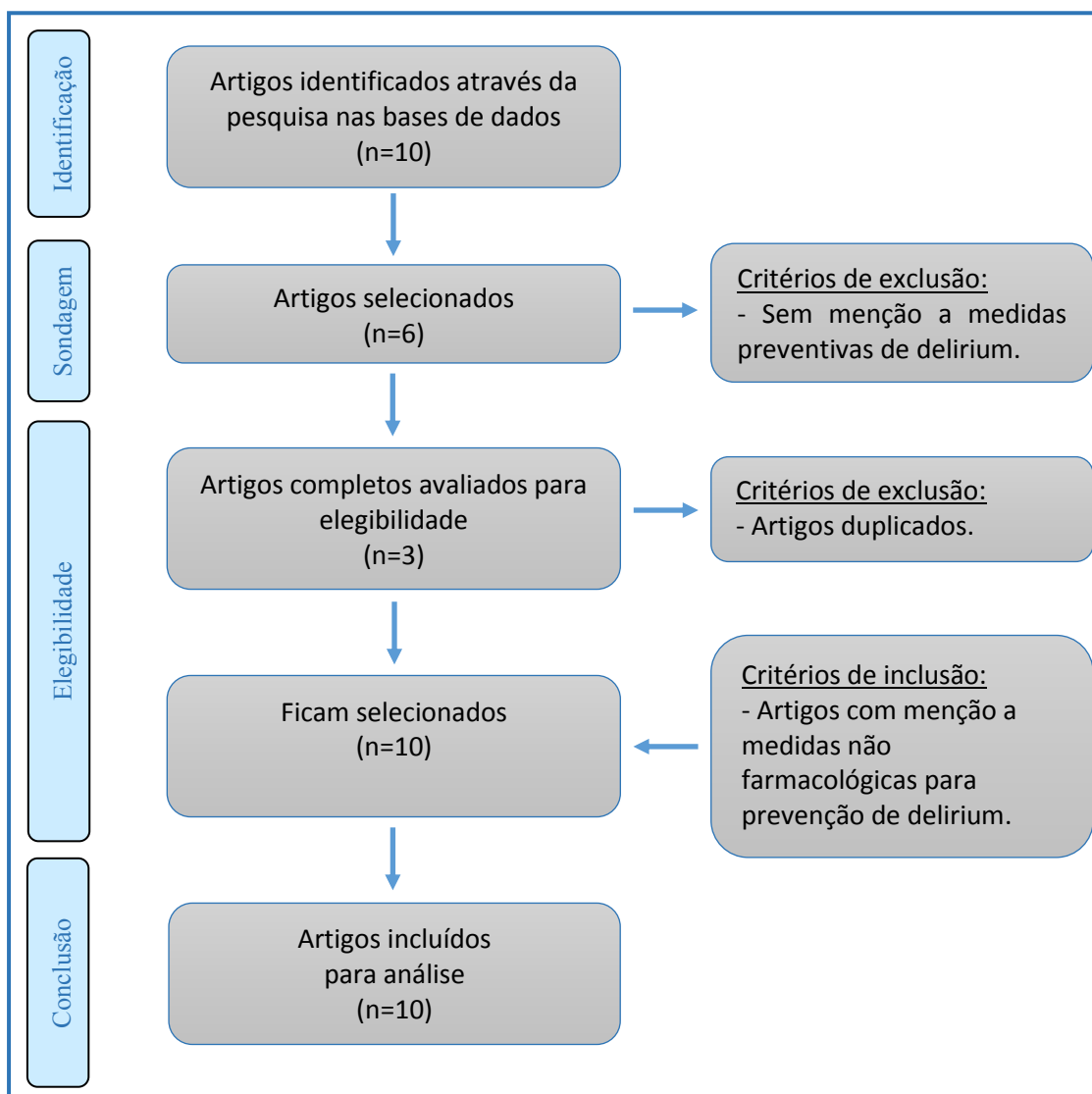
RESULTADOS

Os descritores foram inseridos nas bases de dados obtendo-se o seguinte resultado: B-ON 6 artigos, PubMed 3 artigos, Scielo 1 artigo, totalizando 10 artigos. Posteriormente rejeitamos 3 por estarem duplicados. Dos 7 artigos analisados, 4 foram excluídos por não se adequarem ao estudo, dois destes por apresentar vantagens da prevenção de *delirium*, mas sem menção a medidas preventivas e, os restantes, por apresentarem eficácia da formação dos profissionais sem mencionar intervenções preventivas de *delirium*. Foram incluídos 7 artigos considerados pertinentes para o estudo, estes artigos resultaram de referência secundária. Assim, obtivemos um total de 10 estudos que foram analisados

critérios e cegamente pelos autores. O diagrama da sequência da seleção de artigos para revisão, é apresentado na figura 1, sendo estruturado segundo o prisma Guidelines.

As medidas preventivas não farmacológicas, são de fácil implementação nas UCI, como a comunicação, estimulação visual, auditiva e cognitiva, preservação do sono noturno, mobilização precoce e inclusão da família revelando-se eficazes na maioria dos casos.

Figura 1: Diagrama da seleção de artigos.



Fonte: Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 6, 7. 1-7.

Os dados resultantes da revisão estão organizados em três tabelas para uma melhor leitura. No quadro abaixo, observa-se a (Tabela 2) de evidências analisadas com os respectivos autores, ano de publicação, título do estudo, revista que publicou e tipo de estudo.

Tabela 2: Evidências analisadas

AUTOR	ANO	TÍTULO	REVISTA	MÉTODO/AMOSTRA
Bryczkowski S. [et al.]*	2014	Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults	Journal of Surgical Research	Estudo de coorte prospectivo pré e pós intervenção
Moon K. [et al.]	2015	The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial	International Journal of nursing Studies	Randomizado
Tovar G. [et al.]	2016	Evidence -and Betty Neuman's model- based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit.	Enfermeria Global	Quantitativo, prospectivo, pré-experimental
Wassenaar A. [et al.]	2017	The Impact Of Nursing Delirium Preventive Interventions In The Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A Study Protocol For A Multi-Centre, Stepped Wedge Randomized Controlled Trial	International Journal Of Nursing Studies	Estudo multicentrico controlado randomizado
Smithburger P. [et al.]	2017	Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention	Critical Care Nurse	Descritivo
Pol I. [et al.]*	2017	Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis	Intensive and Critical Care Nursing	Experimental
Rosa R. [et al.]	2017	Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A before and After Study	Critical Care Medicine	Estudo prospectivo
Song J. [et al.]	2017	The Effects Of Delirium Prevention Guidelines On Elderly Stroke Patients	Clinical Nursing Research	Estudo quase-experimental
Johnson K. [et al.]	2018	Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and trauma orthopaedic unit	Intensive & Critical Care nursing	Ensaio clínico randomizado
Ghaeli P. [et al.]	2018	Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit	Iranian Journal of Psychiatry	Revisão

A prevenção de *delirium* está associada a medidas ou métodos que podem efetivamente diminuir a incidência desta patologia, e assim, melhorar os resultados clínicos. Neste estudo, é possível verificar que existem efetivamente medidas preventivas a ser tomadas na prevenção de *delirium*. Essas medidas, foram categorizadas em cinco áreas de intervenção (Tabela 3), e ordenadas segundo o número de vezes que é referenciada pelos diferentes autores, sendo elas: a comunicação, a estimulação visual, a estimulação auditiva, a estimulação cognitiva, a preservação do sono noturno, a mobilização precoce e a inclusão da família, estando cada uma delas, associada a um ou mais autores.

Tabela 3: Categorização de medidas preventivas

Autores	Bryczkowski [et al.]	Moon K. [et al.]	Tovar G. [et al]	Wassenaar A. [et al.]	Smithburger [et al.]	Song J. [et al.]	Pol I. [et al.]	Rosa R. [et al.]	Johnson K. [et al.]	Ghaeli P. [et al.]
Ano de publicação	2014	2015	2016	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2018
Categorias										
Preservação do sono noturno	•	•	•	•	•	•	•			•
Estimulação auditiva	•	•	•	•	•	•			•	•
Inclusão da família	•	•		•	•	•		•		
Estimulação visual		•		•	•	•				•
Estimulação cognitiva		•	•	•						•
Comunicação		•	•	•		•				
Mobilização precoce				•						•

A estas categorias, estão associadas intervenções específicas não farmacológicas (Tabela 4), com vista à diminuição da incidência do *delirium*. Neste estudo, a preservação do sono e a estimulação auditiva, evidenciam-se como sendo as categorias referidas pelo maior número de autores. No que refere à primeira categoria, as intervenções preconizadas para favorecer períodos de sono noturno, passam em primeiro lugar, pela minimização do ruído, seguindo-se pela redução apenas ao necessário das intervenções noturnas, a iluminação artificial é também um fator a ter em consideração, assim como, a utilização de tampões nos ouvidos e, por último, preconiza-se o incentivo do doente a não dormir durante o dia. Relativamente à segunda categoria, as medidas preventivas *delirium*, são em primeiro lugar a provisão de recursos necessários à audição e de música, seguindo-se pela identificação dos elementos da equipa e diálogo frequente com o doente.

Tabela 4: Tabela de evidências da revisão dos artigos

Área de Intervenção	Autor	Medidas Preventivas de Delirium
Comunicação	Moon K. [et al.]	- Utilizar comunicação verbal e não verbal como gestos, expressão facial ou escrita
	Tovar G. [et al.]	- Informação sobre intervenções a realizar
	Wassenaar A. [et al.]	- Utilizar técnicas de comunicação adequadas ao doente
	Song J. [et al.]	- Comunicação com voz suave, volume baixo e de fácil compreensão
Estimulação visual	Moon K. [et al.]	- Provisão de recursos necessários à visão do doente
	Wassenaar A. [et al.]	- Provisão de recursos necessários à visão do doente - Prevenção de desidratação da córnea
	Song J. [et al.]	
	Smithburger [et al.]	- Provisão de recursos necessários à visão do doente
Estimulação auditiva	Ghaeli P. [et al.]	
	Bryczkowski [et al.]	- Provisão de música
	Moon K. [et al.]	- Provisão de recursos necessários à audição do doente
	Tovar G. [et al.]	- Diálogo frequente com o doente - Identificação dos elementos da equipa
	Wassenaar A. [et al.]	- Provisão de recursos necessários à audição do doente
	Song J. [et al.]	
	Smithburger [et al.]	- Provisão de recursos necessários à audição do doente - Provisão de musica preferida do doente
	Johnson K. [et al.]	- Música suave, de repetição simples e calma 60 min. duas vezes dia
Estimulação cognitiva	Ghaeli P. [et al.]	- Provisão de recursos necessários à audição do doente - Provisão de música suave e calma
	Moon K. [et al.]	- Orientação temporal como relógios e calendários na unidade do doente - Provisão de objetos pessoais - Orientação quanto à identidade
	Tovar G. [et al.]	- Orientação temporal e espacial
	Wassenaar A. [et al.]	- Orientação temporal como relógios e calendários na unidade do doente - Provisão de objetos pessoais - Treino cognitivo
	Ghaeli P. [et al.]	- Orientação temporal como relógios e calendários na unidade do doente - Colocar o doente perto da janela ou simular noite/dia com luz artificial
Privação do sono	Moon K. [et al.]	
	Song J. [et al.]	- Evitar luzes no período noturno
	Tovar G. [et al.]	- Minimização de iluminação artificial - Minimização do ruído (monitores, ventiladores) - Controlo do tom de voz dos elementos da equipa - Minimização dos períodos de intervenção
	Wassenaar A. [et al.]	- Sensibilização dos profissionais - Minimização de ruído - Diminuição de procedimentos noturnos
	Smithburger [et al.]	- Incentivo à utilização de tampões dos ouvidos
	Song J. [et al.]	- Incentivo à utilização de máscara de dormir tapa vistas
	Bryczkowski [et al.]	- Minimização dos períodos de intervenção - Evitar banho noturno por rotina - Evitar luzes no período noturno - Programação dos monitores para modo noturno
	Pol I. [et al.]	- Redução do ruído noturno - Programação dos monitores para modo noturno - Programação dos alarmes adequada ao doente - Minimização de fontes de perturbação por parte da equipa
	Song J. [et al.]	- Incentivar o doente a não dormir de dia
	Ghaeli P. [et al.]	
Song J. [et al.]	- Redução do ruído noturno	
Mobilização precoce	Wassenaar A. [et al.]	- Mobilização o doente - Encorajamento o doente à mobilização - Estabelecimento metas bem definidas - Orientação adequada aquando à mobilização - Gestão da dor - Envolvimento da família no encorajamento do doente à mobilização
	Ghaeli P. [et al.]	- Mobilização o doente
Participação da família	Moon K. [et al.]	- Promoção de visitas regulares
	Wassenaar A. [et al.]	- Promoção de visitas regulares - Inclusão da família em atividades como controlo da luz - Inclusão da família em atividades como fechar ou abrir cortinas
	Smithburger [et al.]	- Promoção de visitas regulares - Inclusão da família em atividades como controlo da luz
	Bryczkowski [et al.]	- Inclusão da família em atividades como fechar ou abrir cortinas - Participação da família em atividades como alimentação, massagem suave e reorientação
	Rosa R. [et al.]	
	Song J. [et al.]	- Promoção de horário alargado de visitas

DISCUSSÃO

Tovar G. [et al.] (2016), realizou um estudo em 49 doentes, aplicando um guia de medidas preventivas de *delirium* que se relacionam com a comunicação, no que respeita à informação sobre todas as intervenções a realizar, caracterização da UCI e explicar a origem dos ruídos, isto, no sentido de diminuir a ansiedade.

O autor defende também a estimulação cognitiva e auditiva, através de orientação temporal e espacial, dialogar frequentemente com o doente e identificar os elementos da equipa. A preservação do sono é um fator importante na prevenção de *delirium*, pelo que, é pertinente promover a minimização da iluminação artificial e do ruído através de diminuição do volume dos monitores, aparelhos eletrónicos e ventiladores, da voz dos elementos da equipa, minimização dos períodos de intervenções junto do doente, através de uma programação eficaz do planeamento dos cuidados.

Segundo Wassenaar A. [et al.] (2017), as medidas preventivas de *delirium*, devem ser prestadas por enfermeiros com formação sobre a temática. Este identifica quatro medidas, com várias intervenções associadas a cada uma, com vista à prevenção de *delirium*.

O primeiro, relaciona-se com a estimulação visual e auditiva do doente, através da provisão de recursos necessários ao doente com dificuldades visuais ou auditivas, prevenção da desidratação da córnea enquanto o doente está sedado, de forma a prevenir lesões que implicarão limitações futuras, diminuir o ruído de fundo tanto quanto possível e utilizar técnicas de comunicação adequadas ao doente.

A segunda medida, relaciona-se com a prevenção da privação de sono. Neste caso, realça a importância da sensibilização dos profissionais no que respeita ao sono, a importância de minimizar o ruído e a diminuição de procedimentos noturnos.

Como terceira medida, refere a necessidade de estimulação cognitiva através de relógios e calendários visíveis ao doente, promoção da provisão de objetos pessoais, reorientação, treino cognitivo, comunicação adequada ao doente e promoção de visitas regulares.

No que se refere à quarta medida, a mobilização é vista como uma medida preventiva de *delirium*, assim, o doente deve ser encorajado à mobilização precoce e estabelecimento de metas bem definidas. Neste caso é necessária uma boa gestão da dor e uma orientação adequada no sentido de minimizar o medo. Segundo o autor, a familiar, sempre que possível, deve ser envolvido no incentivo à mobilização precoce.

Para Smithburger [et al.] (2017), até 80% dos doentes internados na UCI podem desenvolver *delirium*. Segundo este, o enfermeiro pode prevenir a incidência de *delirium* através de medidas não farmacológicas, considerando benéfica a inclusão da família nas atividades de prevenção do *delirium*, tais como: controlo das luzes do quarto e fechar ou abrir cortinas, incentivar o doente a utilizar tampões de ouvidos ou máscara de dormir (tapa vistas), reorientação e estimulação cognitiva, provisão da música preferida do doente, assim como, óculos ou aparelho auditivo se for o caso.

Segundo Bryczkowski [et al.] (2014), é possível agir na diminuição e prevenção do *delirium*, embora considere que existe pouca evidência nesta área. Este considera como medidas não farmacológicas na prevenção do *delirium* a promoção de medidas que evitem a privação de sono. As medidas sugeridas, compreendem a organização do plano de trabalho de forma a permitir sonos ininterruptos, evitar banho noturno por rotina, promoção do ciclo circadiano normal, evitar luzes no período noturno, assim como, programar os monitores para modo noturno. Sugere ainda a promoção de música nos períodos de relaxamento, e a participação da família em atividades como a alimentação, massagem suave e reorientação.

A orientação quanto ao espaço, tempo e identidade, diminuição de luz noturna, utilização de comunicação verbal e não verbal como gestos, expressões faciais e escrita, e ainda provisão de recurso auditivos e visuais assim como sensibilização dos familiares para visitas regulares, são para Moon K. [et al.] (2015) medidas eficazes na prevenção de *delirium*.

No que se refere a Pol I. [et al.] (2017), a implementação de um protocolo de redução de ruído noturno reduz significativamente o *delirium*, pelo que, sugere medidas como evitar conversas cruzadas em frente ao doente, programar as intervenções de forma a limitar os distúrbios ao doente o máximo possível, configurar alarmes adequados ao doente e minimizar os volumes dos alarmes, assim como, minimizar fontes de perturbação no que se refere a equipamento presente na unidade do doente.

A prevenção de *delirium* para Song J. [et al.] (2017), passa pela comunicação em tom de voz baixo, suave e com discurso de fácil compreensão, provisão de óculos e aparelho auditivo quando necessário, manutenção do ciclo circadiano do doente, diminuição de ruído e estímulos luminosos durante a noite, aconselhando a utilização de máscara (tapa vistas) e tampões para os ouvidos e incentivar o doente a não dormir de dia.

O horário alargado de visitas, permite ao doente um maior contacto com a família, Rosa R. [et al.] (2017), conclui no seu estudo, que esta medida diminui a incidência de *delirium*.

A provisão de música de ritmo lento, simples e em volume baixo por períodos de 60 minutos duas vezes dia, é para Johnson K. [et al.] (2018), uma intervenção que favorece a prevenção de *delirium*.

A mobilização precoce do doente, a provisão de recurso necessários à audição e visão, musica suave e calma, a existência de um relógio e um calendário visível ao doente, diminuição do ruído noturno, são para Gaeli P. [et al.] (2018) medidas preventivas de *delirium*, assim como, colocar o doente junto de uma janela para diferenciar a noite e dia, caso não seja possível, preconiza a sua simulação com as luzes artificiais da UCI.

CONCLUSÃO

O *delirium* representa um desafio para os enfermeiros das UCI, dada a sua elevada prevalência, associada a desfechos clínicos graves, para o doente e família. Com isto, torna-se imperativa a prevenção do *delirium*. As medidas preventivas não farmacológicas, para esta patologia, resultantes deste estudo, são: a comunicação, a estimulação visual e cognitiva, a mobilização precoce e a inclusão da família, sendo a estimulação auditiva e a preservação do sono as mais referidas na bibliografia. As intervenções, são de fácil implementação nas UCI e estão, na sua maioria, associadas a um baixo custo. Estas medidas, acima de tudo, revelam-se eficazes na maioria dos casos, sendo por isso pertinente a formação dos profissionais e implementação das mesmas. Como limitações, destacamos o reduzido número de artigos encontrados, sendo por isso necessário apostar mais em investigação nesta temática.

Referências bibliográficas

- Altman M., Knauert M., Murphy T., Ahasic A., Chauhan Z., Pisani M. (2018). Association of intensive care unit delirium with sleep disturbance and functional disability after critical illness: an observational cohort study. *Annals of Intensive Care*. 8, 63. 1-8.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Fifth Ed.* Washington, DC: London, England. ISBN 978-0-89042-554-1.
- Boogaard M., Schoonhoven L., Evers A., Hoeven J., Achterberg T., Pickkers P. (2012). Delirium in critically ill patients: Impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Critical Care Medicine*. 40, 1. 112-118.
- Bryczkowski S., Lopreiato M., Yonclas P., Sacca J., Mosenthal A. (2014). Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *Science Direct*. 190, 1. 280-288.
- Daniels L., Nelson S., Frank R., Park J. (2018). Pharmacologic Treatment of Intensive Care Unit Delirium and the Impact on Duration of Delirium, Length of Intensive Care Unit Stay, Length of Hospitalization, and 28-Day Mortality. *Mayo Clinic Proceedings*. 93, 12. 1739-1748.
- Ghaeli P., Shahhatami F., Zade M., Mohammadi M., Arbabi M. (2018). Preventive Intervention to Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Psychiatry*. 13, 2. 142-147.
- Johnson K., Fleury J., McClain D. (2018). Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and trauma orthopaedic unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 47, 7. 1-8.
- Mancini M., Sampaio R. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 10, 4. 361-472.
- Moon K., Lee S. (2105). The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *International Journal of nursing Studies*. 52, 9. 1423-1432.
- Pisani M., Kong S., Kasl S., Murphy T., Araujo K., Ness P. (2009). Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*. 180, 11. 1092-1097.

- Pol I., Iterson M., Maaskant J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 41, 4. 18-25.
- Rosa R., Tonietto T., Silva D., Gutierrez F., Ascoli A., Madeira L., Rutzen W., Falavigna M., Robinson C., Salluh J., Cavalcanti A., Azevedo L., Cremonese R., Haack T., Eugênio C., Dornelles A., Bessel M., Teles J., Skrobik Y., Teixeira C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Clinical care Medicine*. 45, 10. 1660- 1667.
- Salluh I., Wang H., Schneider B., Nagaraja N., Yenokyan G., Damluji A., Serafim B., Stevens D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 350, 3. 1-10.
- Smithburger P., Korenoski A., Kane-Gil S., Alexander S. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*. 37, 6. 48-58.
- Santos C., Pimenta C., Nobre M. (2007). A estratégia para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15, 3. 1-4.
- Song J., Lee M., Jung D. (2017). The Effects Of Delirium Prevention Guidelines On Elderly Stroke Patients. *Clinical Nursing Research*. 28, 8. 967-983.
- Tilouche N., Hassen M., Ali H., Jaoued O., Gharbi R., Atrous S. (2018). Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 22, 3. 144-149.
- Tovar G., Omaira L., Leticia D., Fabián C. (2016). Evidence -and Betty Neuman's model- based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit. *Enfermeria Global*. 15, 41. 64.77.
- Vasilevskis E., Chandrasekhar R., Holtze C., Graves J., Speroff T., Girard T., Patel M., Hughes C., Cao A., Pandharipande P., Ely E. (2018). The Cost of ICU Delirium and Coma in the Intensive Care Unit Patient. *Medical care*. 56, 10. 890-897.
- Walters A., Peelen L., Veldhuizen D., Zaal I., Lange D., Pasma W., Dijk D., Cremer O., Slooter A. (2017). Long-Term Self-Reported Cognitive Problems

After Delirium in the Intensive Care Unit and the Effect of Systemic Inflammation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 65, 4. 786-691.

- Wassenaar A., Rood P., Schoonhoven L., Teerenstra S., Zegers M., Pickkers P., Boogaard M. (2017). The Impact Of Nursing Delirium Preventive Interventions In The Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): A Study Protocol For A Multi-Centre, Stepped Wedge Randomized Controlled Trial. *International Journal Of Nursing Studies*. 68, 1. 1-8.
- Yamaguchi T., Tsukioka E., Kishi Y. (2014). Outcomes after delirium in a Japanese intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*. 36, 6. 434-436.