



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O Doente e Família em situação crítica:
cuidar em contexto de Medicina Intensiva e de Urgência**

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

Por
Bárbara Laís Baptista de Azevedo

Porto – maio, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O Doente e Família em situação crítica:
cuidar em contexto de Medicina Intensiva e de Urgência**

**The Patient and Family in Critical Situation:
caring in the context of Intensive Care and Emergency**

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

Por
Bárbara Lais Baptista de Azevedo

Sob a Orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – maio, 2019

RESUMO

Com vista a um cuidado especializado e holístico, centrado no doente e família que vivencia uma situação crítica, surge "O Doente e Família em situação crítica: cuidar em contexto de Medicina Intensiva e de Urgência".

O relatório foi construído tendo por base uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, tendo o intuito de descrever a jornada de crescimento pessoal e profissional no desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestrado em Enfermagem. Espelha, assim, todo o percurso realizado nos campos de estágio da Unidade de Cuidados Intensivos e do Serviço de Urgência de um hospital situado na Região Autónoma dos Açores.

Como contributos, no primeiro campo de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, identifiquei como oportunidade de melhoria a abordagem ao doente crítico na problemática e risco aumentado da ocorrência de *delirium*. O objetivo principal neste estágio foi despertar a consciência e sensibilizar a equipa multidisciplinar para esta questão, através da realização de uma ação formativa sobre a prevenção do *delirium*, tendo por base uma contextualização teórica relativamente a esta temática. Como forma de aprofundar conhecimentos e partilhar experiências sobre o *delirium*, realizei uma semana de observação no serviço de Medicina Intensiva numa instituição hospitalar na região norte de Portugal Continental, onde esta se revelou uma problemática valorizada e presente na prática diária de toda a equipa multidisciplinar.

Relativamente aos contributos no estágio do Serviço de Urgência, estes estiveram relacionados com a importância da presença da família, promovendo o acompanhamento do doente na vivência da sua situação crítica. Neste sentido, elaborei uma proposta de projeto de intervenção de forma a estruturar um horário de visitas no Serviço de Urgência, a ser implementado primeiramente na Sala de Observação de Adulto, dada a maior permanência de doentes críticos. Tudo isto irá proporcionar uma prestação de cuidados diferenciados ao doente e família como um só, sendo-lhes prestado o devido apoio. Este é um projeto ao qual darei continuidade, uma vez que se trata da mesma instituição onde exerço atualmente funções, com vista à elaboração de um procedimento interno com a regulamentação de horário de visitas, com o objetivo de, futuramente, ser alargado a todo o Serviço de Urgência.

Ao longo dos estágios, foi uma preocupação a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade numa abordagem multidimensional ao doente e família, numa atualização da mais recente evidência científica. A reflexão crítica sobre a minha prática permitiu uma aprendizagem orientada para a melhoria contínua da qualidade e resolução de problemas reais, com vista a uma prática de enfermagem avançada, assente numa prestação de cuidados de excelência.

Palavras-chave: enfermagem; cuidado especializado; doente e família; cuidados intensivos; serviço de urgência.

ABSTRACT

"The Patient and Family in a Critical Situation: caring in the context Intensive Care and Emergency" arises from the purpose of achieving a specialized and holistic care focused in the patient and family who lives through a critical situation.

The report was built on the basis of a descriptive and critical-reflective methodology, with the intend to describe the journey of personal and professional growth in the development of specific skills in Medical-Surgical Nursing and Master's in Nursing. It reflects the entire course in the Intensive Care Unit and Emergency Service of a hospital located in the Region of Azores.

As contributions, in the internship in the Intensive Care Unit, I identified as an improvement opportunity the approach to the critical patient in the problematic and increased risk of the occurrence of *delirium*. The main goal at this internship was to raise awareness and sensitize the multidisciplinary team to this issue by conducting a formative action on the prevention of *delirium*, based on a theoretical contextualization. As a way to deepen knowledge and share experiences about *delirium*, I accomplished a week of observation at the Intensive Care Unit at a hospital in the northern region of mainland Portugal, where it proved to be a valuable and present matter in the daily practice of the entire multidisciplinary team.

In the Emergency Service, the contributions were related to the importance of the presence of the family, promoting the follow-up of the patient while living through his critical situation. So, I made a proposal for an intervention project in order to structure the visiting hours at the Emergency Service, first in the Adult's Observation Room, given the longer stay of critical patients. All this will provide a differentiated care to the patient and the family as one and give them the required support. This is a project that I will continue working on, with the intention of creating an internal procedure for the regulation of the visiting hours, to be extended in the future to all the emergency service.

Throughout the internships, it was my concern to provide quality nursing care in a multidimensional approach to the patient and family, with an update of the most recent scientific evidence. The critical reflection on my practice has allowed me a significant learning process towards the continuous improvement of the quality and of the resolution of real problems, always trying to reach an advanced nursing practice based on an excellent care delivery.

Keywords: nursing; specialized care; patient and family; intensive care; emergency service.

*"Tenho em mim todos os sonhos do mundo."
Fernando Pessoa*

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Professora Doutora Patrícia Coelho, por toda a simpatia, profissionalismo, competência, disponibilidade e amizade demonstrada durante todo este percurso. O calor humano eliminou toda a distância, tornando-se meramente uma questão geográfica.

Aos tutores, pela partilha de conhecimentos, orientações, recomendações e apoio na concretização dos objetivos, permitindo-me crescer a nível pessoal e profissional.

Às equipas multidisciplinares dos campos de estágio, pela forma como me receberam e pela partilha de experiências e saberes.

Aos amigos e colegas, pela paciência, por todo o afeto e compreensão pelos períodos de ausência.

À minha irmã Sancha, pela motivação, amizade e presença em todos os momentos.

E porque os últimos são os primeiros, aos meus pais, pelo carinho, amor incondicional, conselhos, apoio e dedicação durante todo o meu percurso.
Obrigada por fazerem de mim quem sou.

A todos, o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

CO2 - Dióxido de Carbono

GSA - Gasimetria Arterial

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PCR - Paragem Córdio-Respiratória

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	13
2.1. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS AOS ESTÁGIOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
2.2. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	36
2.3. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	45
3. CONCLUSÃO	52
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	64
APÊNDICE I - AÇÃO DE FORMAÇÃO: <i>Delirium</i>, uma problemática real e presente na UCI	65
APÊNDICE II - PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO: Acompanhamento e Visitas a doentes adultos no Serviço de Urgência (SO)	104

1. INTRODUÇÃO

Ao constituir um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento, a excelência do exercício profissional em enfermagem exige compromisso e dedicação. Desta forma, a formação especializada assume um papel basilar, assumindo-se o compromisso de prosseguir diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Dado o meu interesse na área do doente em situação crítica, surgiu a opção pela especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como refere o artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Tratou-se, assim, de uma decisão firmada pela busca contínua de conhecimentos que suportem a excelência do exercício profissional, tendo como principal objetivo com a inscrição no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica aprofundar conhecimentos nesta área, adotando competências específicas neste campo de especialidade.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a definição das suas competências assenta em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

As competências específicas são aquelas que estão definidas mediante o campo de intervenção de cada área de especialidade, sendo que através da certificação dessas competências específicas se assegura que o enfermeiro especialista seja detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e

aptidões que mobiliza em contexto de prática clínica, com vista à prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

Neste sentido, “O Doente e Família em situação crítica: cuidar em contexto de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência” surge como título deste relatório, sendo o guia de todo o trabalho desenvolvido durante o estágio. Considerarei, assim, pertinente debruçar-me sobre a temática do cuidado ao doente e família em situação crítica, uma vez que a família é uma unidade básica da organização social e é nela que o indivíduo se forma como ser humano (Oliveira, 2011). Com uma hospitalização, programada ou não, não só o indivíduo, mas toda a família experiencia sentimentos de ansiedade, de medo e de stress (Pires, 2016).

Como refere Oliveira (2011), é essencial que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a necessidade que se impõe em envolver a família neste processo de saúde/doença, pois é tão importante cuidar do doente crítico como da família que o visita. O Homem é um ser biofísicosociocultural, vivendo inserido numa sociedade e numa família da qual faz parte, permanecendo aí integrado e sentindo-se apoiado. Perante um quadro de doença, esta situação, por vezes crítica, poderá implicar a permanência em serviços especializados, como é o caso de uma unidade de cuidados intensivos ou do serviço de urgência, devendo ser possível manter o relacionamento e o acompanhamento pelas pessoas significativas do doente (Chambel, 2012).

Relativamente ao estágio, este deverá permitir uma reflexão e visão crítica relativamente à ação profissional nas instituições, devendo ser ainda acompanhado por uma supervisão clínica que se exige dinâmica e criativa, no sentido de facultar a aquisição de novos conhecimentos e competências específicas.

Nesse sentido, o estágio final dividiu-se em dois campos de estágio distintos na mesma instituição hospitalar: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU), num total de 180 horas em cada campo de estágio, mais 12 horas de orientação tutorial na universidade. Importa salientar que os tutores, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram definidos em cada campo de estágio pelo próprio local, após análise curricular pelo Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa do Porto, visto não haver nenhum enfermeiro detentor do grau de mestre.

A instituição hospitalar integra-se no Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, constituindo uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados e altamente diferenciados, sendo considerada uma unidade hospitalar de nível 4. Embora esteja condicionada pelo isolamento inerente à sua posição geográfica, desenvolve a sua atividade na quase totalidade das especialidades médicas.

A escolha destes campos de estágio deveu-se principalmente ao facto de me permitir realizar as horas estabelecidas de estágio na mesma instituição onde exerço atualmente funções, através da articulação de horários. Para além disso, pude prestar cuidados diferenciados, tendo por base uma missão por mim já conhecida, permitindo realizar uma ação formativa sobre o doente com *delirium* na UCI e propor um projeto de intervenção no SU relativamente à implementação de um horário de visitas.

O primeiro período de estágio decorreu entre 10 de setembro de 2018 até 3 de novembro de 2018 na UCI, serviço que se caracteriza pela sua intervenção diferenciada e polivalente na assistência aos doentes em estado crítico. A missão baseia-se na utilização das melhores técnicas e terapêuticas disponíveis para melhorar substancialmente a qualidade e esperança de vida dos doentes em estado crítico e a sua integração na missão geral do hospital, que visa a excelência dos cuidados no respeito pela pessoa na resposta às suas expectativas e na satisfação dos seus profissionais.

Importa referir que neste primeiro período de estágio tive oportunidade de realizar uma semana de observação num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma instituição hospitalar situada na região norte de Portugal Continental de 29 de outubro a 2 de novembro de 2018. Esta observação surgiu como opção, com o intuito de ser proporcionado contacto com uma realidade diferente da instituição onde exerço e da UCI onde realizei estágio, permitindo-me trabalhar os objetivos estabelecidos na prestação de cuidados ao doente crítico e ainda no doente com *delirium*, aprofundando o conhecimento relativamente a esta temática. Constatei que o *delirium* é uma problemática valorizada por todos os profissionais neste serviço, confirmando que a atuação na prevenção e tratamento do *delirium* é uma realidade da prática diária desta equipa multidisciplinar.

O segundo período de estágio decorreu entre 5 de novembro de 2018 e 3 de janeiro de 2019 no SU, tratando-se do maior serviço em área com prestação

de cuidados contínuos e aquele que concentra maior número de profissionais, quer em termos de quantidade, quer em termos de especialização e/ou área de atuação a cada 24h. Possui ainda inter-relação e interligação interna com todos os serviços da instituição e externa com todas as Unidades e Centros de Saúde e Hospitais da Região Autónoma dos Açores, sendo o mais dinâmico a cada 24h.

O presente relatório foi desenvolvido segundo uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, pretendendo-se descrever, documentar e refletir sobre as experiências vivenciadas e atividades realizadas nos contextos de estágio, especificando as competências adquiridas, as aprendizagens e os contributos enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem. Para isso, recorreu-se à capacidade crítico-reflexiva face às inúmeras experiências, à pesquisa bibliográfica, ao confronto de ideias, saberes e reflexões pessoais e em parceria com as equipas, tutores e orientadora.

Desta forma, o relatório encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte, efetuarei uma descrição e análise crítica do desenvolvimento de competências, abordando os objetivos, atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos campos de estágio; na conclusão, farei uma análise transversal do relatório, incidindo sobre as principais aprendizagens e implicações do estágio na minha prática profissional.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, farei uma descrição do desenvolvimento de competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por base uma análise crítico-reflexiva dos objetivos, das atividades realizadas e das competências adquiridas. Como forma de organização deste capítulo, optei por dividi-lo em três partes: primeiramente, serão abordados os objetivos, respetivas atividades desenvolvidas e competências adquiridas transversais aos dois campos de estágio, sendo apresentados de forma cronológica (primeiro UCI e depois SU); em segundo e terceiro lugares, os objetivos, atividades desenvolvidas e competências adquiridas apenas num campo de estágio, apresentados também por ordem cronológica, primeiro UCI e depois SU, respetivamente.

2.1. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS AOS ESTÁGIOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E SERVIÇO DE URGÊNCIA

Objetivos: Promover a prestação de cuidados diferenciados à pessoa no contexto de Medicina Intensiva e de Serviço de Urgência; Reconhecer as diversas respostas fisiológicas.

O doente crítico apresenta risco ou falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Costa, 2012). A abordagem de enfermagem a este doente em situação crítica exige um nível de conhecimentos, formação estruturada e organizada, bem como competências específicas que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui.

A sobrevivência do doente com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas na UCI depende, não só de meios avançados de monitorização e terapêutica, mas também de recursos humanos. A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige competências específicas, permitindo um planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando-se a sua eficácia e eficiência (Costa, 2012).

Dada a complexidade e instabilidade na UCI, foi necessário aprofundar conhecimentos, capacidades e habilidades, que me permitiram detetar necessidades no doente crítico. É exemplo uma situação vivenciada de uma doente de 32 anos que tinha sido admitida na UCI em contexto de ingestão voluntária medicamentosa por tentativa de suicídio. Encontrava-se ventilada e sedada, com estado de consciência oscilante, despertável ao estímulo tátil, mas com sonolência fácil. Aquando da aspiração de secreções e após efetuar-se pré-oxigenação, verificou-se que se tratava de doente sem secreções traqueobrônquicas, mas com descida dos valores de saturação periférica de oxigénio de 97% para 81%. Portanto, quadro sem razão aparente para esta descida na saturação de oxigénio, com oxímetro funcionante e restantes parâmetros vitais estáveis. A tutora conectou de imediato a doente ao ventilador, no entanto sem reverter os valores de saturação. Aumentei de seguida o aporte de oxigénio até se obterem saturações na ordem dos 94-95%. Para além disso, efetuei uma gasimetria arterial (GSA) e notifiquei o médico de serviço, para uma melhor monitorização do estado clínico da doente. A situação estabilizou e a partir dos parâmetros gasimétricos procedeu-se posteriormente à redução do oxigénio, com monitorização com novas colheitas de GSA.

Embora se tratasse de uma situação nunca antes por mim vivenciada neste contexto crítico de prestação de cuidados, foi crucial a rápida atuação, espírito de proatividade no sentido da realização de GSA para ajustar níveis de oxigénio e abordagem do episódio com o médico para que observasse a doente. Esta situação levou a uma reflexão no final do turno com a tutora, pois tratou-se de uma descompensação que implicou uma mobilização rápida de conhecimentos e ação para que o quadro revertisse.

Outra situação observada foi a de um doente que se encontrava sem ventilação mecânica há menos de 24 horas, estando a cumprir ventilação não invasiva (VNI) com oxigénio a 60%. O doente tinha como antecedentes pessoais

a salientar etilismo crónico, hipertensão arterial e dislipidémia. Após a passagem de turno, e uma vez que os colegas tinham informado que o doente não estava a colaborar com o VNI e se encontrava com uma atitude hostil perante a prestação dos cuidados de enfermagem, dirigi-me de imediato ao doente no sentido de priorizar a minha atuação. O doente encontrava-se hipertenso, taquicárdico, com frequências respiratórias elevadas, saturações periféricas de oxigénio na ordem dos 97%; pouco colaborante no modo de VNI, agitado, visivelmente a entrar em exaustão respiratória, com utilização dos músculos respiratórios acessórios; com presença de secreções traqueobrônquicas em grande quantidade com períodos de tosse ineficaz, com necessidade de ser aspirado frequentemente. Comuniquei de imediato com a tutora a situação do doente e adotei como intervenção prioritária posicionar o doente em *fowler* alto de forma a otimizar a ventilação; foi aspirado orotraquealmente em grande quantidade, pois apresentava farfalheira audível e, de seguida, realizei uma GSA. Após verificar as alterações analíticas, alteração no pH, retenção de CO₂ e pO₂ de 50%, contactei o médico para que observasse o doente e este fosse novamente sedado, entubado endotraquealmente e conectado a prótese ventilatória. Dada a evidência clínica, não só em termos analíticos da ineficácia ventilatória, mas sobretudo do desconforto visível do doente, da utilização dos músculos acessórios respiratórios e alteração dos parâmetros vitais (taquicárdia e hipertensão), efetuou-se uma reflexão multidisciplinar relativamente às implicações de uma nova ventilação invasiva a este doente, pesando os riscos e benefícios. Após esta discussão e reflexão, foi unânime que o melhor cuidado imediato ao doente seria a sua sedação e ventilação mecânica pelo risco iminente de falência respiratória por exaustão. De facto, ao ser sedado e conectado a prótese ventilatória, verificou-se estabilização dos valores tensionais e dos valores de frequência cardíaca, com respiração com amplitude normal e eficaz, embora mantendo secreções traqueobrônquicas moderadas com necessidade de ser aspirado frequentemente.

Considero ter agido em conformidade com a situação crítica vivenciada, tendo sido crucial uma observação imediata do doente após as informações recebidas na passagem de turno. Para além disso, a reflexão realizada não só com a tutora, mas com a equipa multidisciplinar revelou-se imprescindível ao

identificar os focos de instabilidade, permitindo uma resposta eficaz na qualidade e adaptação do doente à ventilação.

O período de estágio na UCI foi, sem dúvida, muito enriquecedor, uma vez que tive a oportunidade de colaborar, planear, priorizar e prestar cuidados a doentes críticos com diversas patologias, por exemplo cardíacas e respiratórias, e condições distintas, como choques sépticos, intoxicações medicamentosas e pós-operatórios, entre outros. Todas estas situações permitiram-me o desenvolvimento e aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar, cuidando do doente em situação crítica, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, gerindo a dor e o bem-estar do doente.

Durante o estágio na UCI, identifiquei como uma oportunidade de melhoria a quantidade de ruído existente nesta unidade. O ruído era proveniente de diversas fontes, fossem elas relativas aos próprios profissionais em conversas paralelas, às conversas dos familiares, ou aos diversos alarmes referentes à monitorização do doente. Todos estes aspetos fizeram com que refletisse com a tutora e com a equipa multidisciplinar sobre esta temática do ruído: de que forma poderia afetar a prestação dos cuidados de enfermagem e a saúde do profissional; por outro lado, de que forma afetaria a recuperação do doente crítico.

Christofel, Madeiras, Bertolini e Oliveira (2016) referem que a poluição sonora ambiental está presente em quase todos os ambientes urbanos, encontrando-se também nos hospitais, principalmente nos serviços de Medicina Intensiva. As máquinas/equipamentos que compõe estas unidades vêm dar respostas mais rápidas e possuem especificações que podem salvar vidas, o que constitui uma importante característica para a diminuição da mortalidade e morbidade dos doentes. Porém, nestes serviços, como existe uma maior concentração de tecnologias, assiste-se a uma presença de ruído em níveis mais elevados.

Muniz e Stroppa (2009) definem ruído como aquilo que não é desejado, que é incómodo. Referem ainda que as principais causas do ruído na UCI são a agitação, movimentação e conversas da equipa multidisciplinar, assim como dos familiares de doentes durante as visitas, alarmes barulhentos de diversos monitores, iluminação constante e ventiladores mecânicos. Alves (2012) acrescenta que o próprio ritmo de trabalho provoca, por vezes, maior ruído, sendo

exemplos disso situações de emergência onde existe necessidade de um tom mais alto na comunicação para ser perceptível, o abrir e o fechar de portas, gavetas, entre outros.

Durante este estágio, verifiquei que a UCI é, sem dúvida, um serviço onde o ruído está constantemente presente. O facto de serem unidades abertas faz com que o ruído existente numa unidade seja perfeitamente audível em todo o espaço. Segundo Christofel *et al.* (2016), níveis de ruído elevados podem causar distúrbios comportamentais, provocando stress no doente hospitalizado, podendo provocar ainda aumento da pressão arterial, alterações no ritmo cardíaco e vasoconstrição. Para além disso, o ruído perturba o sono REM (movimentos rápidos dos olhos), e embora muitas vezes o doente não acorde, poderá causar irritabilidade, cansaço e dificuldade de concentração. Isto contribuirá, eventualmente, para alterações das funções vitais, com consequente lentificação do processo de recuperação clínica.

Perante uma situação como a queda aparatosa de um objeto ou o fecho estrondoso de uma porta, poderemos estar a provocar o “reflexo do susto”. Este dito reflexo poderá levar a respostas fisiológicas como contrações faciais, aumento da pressão sanguínea, taquipneia e taquicardia. De acordo com Silva (2014), este reflexo torna-se mais grave nos doentes ventilados ou semiconscientes, pois têm a audição mantida, mas são incapazes de se adaptarem ou responderem a estes estímulos devido à sua condição.

Principalmente nos turnos da noite, era notório o incómodo causado pela existência do ruído e as suas implicações no padrão de sono dos doentes. Muitas vezes acordavam e/ou demonstravam períodos de inquietude no leito, havendo necessidade de, após redução do ruído na unidade, cumprir medicação de resgate para que o descanso fosse promovido. Para além disso, confesso que, por vezes, sentia dificuldade em focar a minha atenção, concentrar-me no meu trabalho, ou comunicar com a tutora e restante equipa durante a prestação de cuidados ou com o próprio doente devido ao ruído presente. Houve turnos em que me senti exausta e era notório o cansaço também nos outros elementos da equipa agravado pelo ruído existente na unidade.

Segundo Silva (2014), os profissionais de saúde que trabalham sobretudo por turnos em ambientes com ruído presente poderão ter experiências semelhantes às dos doentes internados nestas unidades especializadas. Durante

o sono, os sinais chegam ao nosso sistema nervoso, podendo não nos despertar, mas desencadeiam alterações fisiológicas, como alteração na frequência cardíaca, fluxo sanguíneo ou atividade elétrica cerebral aumentados (Alves, 2012). Também existe referência a enfermeiros que sonharam ou acordaram durante a noite a pensar ter ouvido o alarme de um monitor ou de uma bomba infusora. Confesso que esta situação já se passara comigo, após ter realizado 16h de trabalho contínuo, correspondendo a dois turnos, quando ao ouvir o som de um eletrodoméstico (micro-ondas) em casa, interpretei-o de imediato como um alarme de uma bomba infusora. Foi uma sensação muito desagradável, porque, ao aperceber-me que já me encontrava em casa e que tinha terminado o horário de trabalho, no meu inconsciente estava ainda sensível e em estado de alerta a todo o ruído ao meu redor. O simples som desencadeado pelo micro-ondas, pela sua semelhança sonora aos alarmes das bombas infusoras com que lidara durante 16h, desencadeara em mim a necessidade, que se me afigurou real, de mudar uma medicação que um doente estivesse a cumprir.

Perante uma exposição contínua ao ruído, como é o caso das unidades de cuidados intensivos, o nosso organismo poderá adotar mecanismos a médio ou longo prazo, habituando-se, de certa forma, ao ruído. O primeiro mecanismo consiste na diminuição da sensibilidade do ouvido, podendo provocar surdez temporária ou permanente. No segundo mecanismo, o nosso cérebro habitua-se ao ruído, ou seja, ouvimos o ruído, mas já não nos apercebemos da sua existência (Silva, 2014).

Existe evidência de que níveis globais de ruído hospitalar podem diminuir a eficiência, memória de curto prazo, contribuir para stress, *burnout* e perda de audição dos profissionais (Silva, 2014). O ruído, como um som indesejável, apresenta a característica de irritar, diminuindo a capacidade de concentração mental. Isto poderá afetar o desempenho do profissional, levando ao aumento da probabilidade de erros e também ao aumento da incidência de acidentes de trabalho (Alves, 2012). Em ambientes ruidosos, assiste-se a uma comunicação verbal impossível, tornando-se difícil a transmissão de informações e aumentando a probabilidade de erros e acidentes de trabalho (Pires, 2016).

Desta forma, um ambiente tranquilo poderá trazer inúmeros benefícios, tanto para os doentes no que toca ao restabelecimento da sua saúde, como para os profissionais (Christofel *et al.* 2016). Como refere Mineiro (2016), o controlo do

nível de ruído será a chave para proporcionar um maior conforto ao doente, contribuindo para uma melhor performance fisiológica e, conseqüentemente, para a melhoria do seu estado clínico.

Pela sua proximidade com o doente, é o enfermeiro que deverá estar mais atento quanto à fonte do ruído de forma a minimizá-lo ou eliminá-lo o mais rapidamente possível, ou seja, o controlo do ruído deverá constituir um fator influente na prestação dos cuidados, procurando delinear estratégias de forma a otimizar o conforto do doente e o seu próprio conforto. Importa salientar que o ruído, embora considerado um evento sonoro adverso, varia no seu impacto, isto é, o que na perspetiva de um doente poderá ser considerado ruído, para um profissional de saúde poderá tratar-se de uma informação crítica relevante acerca de um doente (Pires, 2016).

Toda esta evidência da influência muitas vezes negativa da presença de ruído para o doente e para o enfermeiro levou a uma autorreflexão sobre a prática diária da prestação de cuidados na UCI, questionando-me sobre quais as estratégias que poderão ser adotadas para diminuir ao máximo o ruído presente nesta unidade já por si só tão ruidosa.

Partilhei esta preocupação e reflexão com a tutora e com os outros elementos da equipa, tendo sugerido a realização de uma reunião de serviço de periodicidade anual, no sentido de controlar a quantidade de ruído presente na unidade, tendo em vista uma melhoria contínua da prestação de cuidados. Segundo Mineiro (2016), os enfermeiros deverão ter uma preocupação consciente aquando da sua prestação de cuidados, reduzindo ao mínimo os níveis de ruído. Desta forma, foi proposto à equipa multidisciplinar: efetuar as conversas entre os elementos da equipa sempre que possível na área de trabalho de enfermagem, zona mais afastada das unidades dos doentes; adequar o tom e volume da voz, de forma a não perturbar os doentes; definir os valores de alarme e também do seu volume no início de cada turno, sobretudo no período noturno; produzir o menor ruído possível na unidade do doente, por exemplo, ao abrir e fechar gavetas, ou desligar os aspiradores de secreções quando não utilizados.

Assim, revelou-se imprescindível, ao compreender o impacto negativo do ruído tanto nos doentes como nos profissionais, a promoção do equilíbrio entre todos os ruídos característicos e presentes na UCI. A otimização do ambiente que rodeia a pessoa, tornando-o agradável para todos, tornou-se fulcral, através da

definição de intervenções para a diminuição do ruído na UCI e ao agir proativamente perante a equipa multidisciplinar para a sua sensibilização nesta problemática do ruído.

Como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considero que com este período estágio na UCI adquiri competências específicas no domínio da melhoria da qualidade, na área do cuidar do doente em situação crítica, proporcionando um ambiente terapêutico e fazendo-o cumprir pela equipa multidisciplinar, garantindo-se uma prestação de cuidados diferenciados e de excelência.

À semelhança da UCI, que se caracteriza por um serviço com uma realidade muito própria, também o SU, pela sua diversidade e imprevisibilidade de situações, é um serviço único. Segundo Silva, Queiroz, Freitas e Faria (2011), o SU exige conhecimento amplo sobre situações de saúde, o que implica pensamento rápido, agilidade, competência e capacidade de resolução e priorização dos problemas que surgem constantemente. Para além disso, o SU caracteriza-se também por ser um serviço potencialmente stressante responsável por causar, segundo Souza, Júnior e Miranda (2017), não só desgaste físico, mas também mental aos trabalhadores, sendo que as cargas psíquicas e as exigências cognitivas das tarefas recaem, na sua grande maioria, sobre o enfermeiro.

O serviço de urgência acolhe doentes cujo tempo de atendimento e atuação é limitado e, como refere Silva *et al.* (2011), as atividades a realizar são inúmeras e a situação clínica dos doentes exige afastá-los, muitas vezes, do risco iminente de morte. Desta forma, a enfermagem de urgência é pluridimensional, definindo-se pela diversidade de situações e conhecimentos, de doentes e de processos de doença. Martins, Agnés e Sapeta (2012) acrescentam ainda que o enfermeiro de urgência necessita de ser detentor da capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar, quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.

Durante o período de estágio no SU, tive a oportunidade de acompanhar o tutor na triagem, pequena cirurgia e ortopedia, sendo a Sala da Observação (SO) de adulto o local onde cumpri mais horas e que me permitiu o desenvolvimento de competências específicas relacionadas com o doente crítico. Foi possível o contacto com doentes de diferentes idades e com patologias diversas, com

distintas situações críticas e situações emergentes. É, sem dúvida alguma, um serviço intenso do ponto de vista físico e psicológico pela carga emocional que acarreta. A forma como cada um gere a intensidade e imprevisibilidade de uma situação stressante está inerente à sua personalidade e características específicas de cada indivíduo, sendo enfrentadas de acordo com o significado que as situações têm para os envolvidos. De acordo com Ribeiro, Pompeo, Pinto e Ribeiro (2015), a dor, o sofrimento, a impotência, angústia, medo, desesperança, sensação de desamparo e perda caracterizam o serviço de urgência, constituindo demandas psicológicas que podem acarretar efeitos nocivos para a saúde e qualidade de vida do enfermeiro.

Assim sendo, é o enfermeiro o profissional mais suscetível ao stress no SU pela sua estreita relação com o doente e família. Pela peculiaridade que lhe é inerente, torna-se um serviço sem rotinas, sempre com algo de novo e inesperado no dia de trabalho. Este foi um dos pontos que me fez considerar o SU desafiante, tanto do ponto de vista profissional, como pessoal: do ponto de vista profissional, uma vez que implica um vasto conhecimento sobre os cuidados ao doente crítico, destreza e agilidade mental e técnica, priorização dos cuidados prestados, arte de cuidar e de comunicar; do ponto de vista pessoal, visto que se contata constantemente com os sentimentos, dilemas, angústias e medos do doente e família, não esquecendo que também nós enfermeiros somos pessoas e, como tal, também cada situação, doente e família provoca em nós sentimentos, dilemas, angústias e medos que temos que ultrapassar, encontrando um equilíbrio. Como refere Ribeiro *et al.* (2015), enfrentar um problema significa tentar superar o que lhe causa stress, mantendo estáveis os estados físico, psicológico e social.

Durante este período de estágio, pude assistir a algumas situações na sala de emergência do SU. O trabalho na área de emergência é, como refere Silva *et al.* (2011), complexo e dinâmico e a capacidade com que os enfermeiros gerem o stress é fundamental para a estabilização do doente crítico e para o sucesso organizacional.

Numa dessas ocorrências, o doente de 62 anos tinha sido encontrado caído no domicílio. À chegada do Suporte Imediato de Vida (SIV) em paragem cárdio-respiratória (PCR) sempre em assistolia, foi trazido para o serviço de urgência em manobras de suporte básico de vida (SBV). Tratou-se do meu

primeiro contacto com a dinâmica da sala de emergência. Aí pude observar a organização da equipa, onde a comunicação foi a peça-chave para o bom funcionamento da abordagem ao doente crítico. Revelou-se uma situação stressante para mim, porque, embora já tivesse tido na minha prática profissional contacto com situações de PCR, nunca numa situação de desconhecimento completo do doente: de quem se tratava, quais as suas patologias de base, qual o motivo do seu internamento. Tratou-se de um momento de adrenalina relacionado com o desconhecido, onde foi necessário controlar as emoções, os receios e a própria insegurança inerentes ao desconhecido, para que os melhores cuidados fossem prestados àquele doente. Este foi admitido na sala de emergência trazido pelos bombeiros em PCR com assistolia. Deparei-me com um cenário caótico: o doente apresentava epistáxis, otorragia, hemorragia na zona do cateter venoso periférico, extremidades cianosadas, descontrolo de esfíncteres. Confesso que o que me impressionou mais foi todo o cenário de abordagem ao doente desconhecido, não saber quem ele era, ver as roupas cortadas, mas com a perfeita noção de que se tratava de uma pessoa e que tinha uma família que se encontrava na divisão ao lado, angustiada e com medo do desfecho.

Tudo isto foi uma evidência de como a vida é imprevisível e de como a prestação dos cuidados de enfermagem terá de manter o nível de excelência, independentemente do nosso estado emocional com todo o aparato da situação. A equipa iniciou manobras de suporte avançado de vida (SAV), tendo sido suspensas pouco tempo depois, decisão do acordo de toda a equipa, e declarado o óbito. Foi um caso que me emocionou e nesse dia apercebi-me verdadeiramente da carga psicológica que caracteriza o serviço de urgência. Segundo Silva *et al.* (2011), os enfermeiros são constantemente submetidos à sobrecarga de trabalho mental, psíquico e físico, além da pressão para uma tomada de decisões rápida, fundamentais no atendimento numa situação emergente. Torna-se fulcral o equilíbrio ao lidar com situações emocionalmente fortes, pois muitas vezes corre-se o risco de nos tornarmos pessoas frias. Batista (2012) refere que no serviço de urgência é possível verificar a existência de uma elevada intensidade de trabalho físico e mental, responsabilidade profissional, a confrontação frequente com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, constituindo motivos que poderão conduzir à despersonalização e desumanização dos cuidados de enfermagem prestados, o que é necessário

evitar a todo o custo. Queiroz e Souza (2002) acrescentam que, por vezes, por excesso de dedicação à profissão, abdicam das suas relações sociais, familiares e afetivas e também de necessidades físicas, fisiológicas e espirituais relativamente à prestação de cuidados, promovendo a recuperação dos doentes.

Dada esta intensidade de trabalho físico e mental característica do SU e uma vez que a equipa do SU vivencia atualmente uma sobrecarga laboral devido à falta de elementos, refleti com o tutor no sentido de tentar compreender que estratégias eram utilizadas pelos enfermeiros do SU para combater o stress.

O trabalho é uma atividade que requer ao ser humano uma relação de bem-estar física e psíquica. Em ambiente hospitalar, este bem-estar encontra-se relacionado intrinsecamente com o equilíbrio entre o desenvolvimento e a satisfação da realização das funções. Porém, quando este equilíbrio não se verifica, poderá ocorrer uma série de complicações, tensões e desajustes (Teixeira, 2017). O stress é um problema atual, constituindo objeto de pesquisa multiprofissional em diversas áreas, uma vez que apresenta riscos para o equilíbrio da saúde do ser humano (Silva *et. al.* 2015).

Importa clarificar que stress é diferente de síndrome de *burnout*. O stress ocorre a partir de reações do organismo às múltiplas situações que perturbam o equilíbrio do indivíduo, enquanto que a síndrome do *burnout* constitui uma resposta ao stress ocupacional crónico, envolvendo atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas com o contexto de trabalho (Ferreira, 2017).

De forma a combater o stress e evitar a síndrome de *burnout*, os enfermeiros utilizam estratégias conhecidas como *coping*, envolvendo várias estratégias comportamentais e cognitivas que poderão ser utilizadas com o intuito de alterar, evitar e reavaliar circunstâncias stressantes ou aliviar seus efeitos (Lima, Sabino, Gouveia, Avelino & Fernandes, 2015). Neste sentido, foi realizado um estudo transversal por Ribeiro *et al.* num hospital de referência no interior do Estado de São Paulo, com uma amostra constituída por 89 enfermeiros que trabalhavam na unidade de emergência, no sentido de perceber quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com o stress. As respostas foram classificadas em duas categorias: estratégias funcionais, compostas pelo autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva; estratégias disfuncionais, que correspondem ao confronto, afastamento e fuga, e

aceitação de responsabilidades. Verificou-se neste estudo que os participantes utilizaram mais do que uma técnica, tendo sido as funcionais as mais pontuadas.

Durante o estágio no SU, em reflexão com o tutor e com os outros colegas, pude comprovar que as atividades mais utilizadas pelos enfermeiros no SU como forma de combater o stress são o desporto, principalmente a corrida e a bicicleta, e a partilha de experiências do dia-a-dia com os pares. Esta foi uma estratégia que também utilizei: partilhar experiências, sentimentos e emoções com o tutor, orientadora e pares contribuiu para diminuir o stress associado a este serviço específico. De acordo com Nogueira (2016), as relações interpessoais e a melhoria do suporte social entre os colegas revelam-se essenciais para o fortalecimento dos vínculos sociais recíprocos e têm uma função protetora ao facilitar o *coping* e reduzir as consequências psicológicas e comportamentais do stress. Adotei também com frequência uma atividade que me acompanha desde sempre, cantar e tocar piano, produzindo relaxamento e neutralizando o stress sentido.

Outra experiência vivenciada na sala de emergência no SU ocorreu num dia em que me encontrava no SO de adulto e soou o alarme da sala de emergência. Dirigi-me à sala juntamente com os colegas e médicos escalados para dar apoio à sala de emergência, mais uma vez sentindo a adrenalina do inesperado e desconhecido. Deparei-me com um doente de 55 anos que se encontrava sentado na sala de espera para ser triado, quando entrou em PCR. Foram iniciadas manobras de SAV e solicitado apoio à medicina intensiva. Talvez por já não se tratar de uma situação emergente totalmente desconhecida para mim, permaneci apreensiva, mas substancialmente mais calma. Foi-me possível observar a organização da atuação de toda a equipa, tendo o doente recuperado pulso. Foi entubado orotraquealmente, conectado ao ventilador e transferido para o SO de adulto e, posteriormente, para a UCI. Tratou-se de uma situação que me suscitou uma emoção diferente, sendo também notória a satisfação e sentimento de dever cumprido de toda a equipa. Não foi, no entanto, uma situação menos stressante, mas o desfecho - o facto de o doente ter saído da sala de emergência com vida - atribuiu sentido ao trabalho desenvolvido diariamente no serviço de urgência. Como refere Silva *et al.* (2011), o trabalho de enfermagem, principalmente no serviço de urgência, por lidar com a vida e com doentes em risco de morte iminente, deverá ser prazeroso. E sinto que, nesse dia, o foi.

Com o período de estágio no SU, adquiri competências na área do cuidar da pessoa e família em situação emergente, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo a sua relevância no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Objetivos: Garantir a humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade do doente e família; Identificar as necessidades do doente e família em situação crítica.

Como parte integrante da filosofia da Enfermagem, a humanização do cuidado representa um conjunto de iniciativas capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético-cultural ao doente e família (Pott, Stahlhoefer, Felix & Meier, 2013).

O ambiente hospitalar é, por si só, causador de inúmeros fatores de stress e o doente, devido à sua condição, sente-se muitas vezes despersonalizado, experienciando sentimentos como impotência, insegurança e sensação de perda de controlo. Todos estes fatores fazem com que o doente sinta dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade. Intimidade define-se como o conjunto de sentimentos, pensamentos e inclinações mais internos, como a ideologia, a religião ou as crenças, referindo-se ao interior, ao mais reservado, ao mais profundamente sentido pelo ser humano. A intimidade é tida como um espaço pessoal, onde cada indivíduo encontra possibilidades de desenvolvimento e expressa a sua personalidade exclusiva, encontrando-se protegido do mundo exterior. Por sua vez, a privacidade corresponde à pessoa formada pela sua vida familiar, afetos, bens particulares e atividades pessoais, separado da sua faceta profissional ou pública, constituindo uma esfera da vida que o indivíduo tem o direito de proteger. Desta forma, a privacidade e a intimidade formam parte de um todo, sendo que o privado é mais amplo que o íntimo. Assim, a intimidade forma parte da privacidade, mas o contrário não acontece (Silva, 2007).

Relativamente a uma hospitalização, quando se assiste a um desequilíbrio no padrão saúde/doença, a vulnerabilidade do doente e família está aumentada, implicando que alguém, neste caso o enfermeiro, cuide do doente e assegure os cuidados que antes ele era capaz de realizar de forma independente (Pupulim & Sawada, 2002). Para além disso, é evidente a fragilidade a que o doente fica

sujeito, devido à sua exposição, tanto física como emocional (Guimarães & Dourado, 2013).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o artigo 12º refere que ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 107º relativo ao respeito pela intimidade, diz-nos que o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa. Ademais, a Carta dos Direitos do Doente Internado evoca como direito o respeito pela sua intimidade em todo o momento da sua vivência hospitalar.

Durante a prestação diária de cuidados de enfermagem, estamos constantemente a invadir a intimidade e a privacidade do doente, tocando ou expondo o seu corpo, seja para prestar os cuidados de higiene, seja nas diversas técnicas invasivas (Pupulim & Sawada, 2002). De acordo com Guimarães e Dourado (2013), estes problemas ocorrem com maior frequência na UCI, onde geralmente o doente permanece despido e protegido apenas com lençóis.

Assim sendo, dado que é o enfermeiro que se encontra em contacto constante com o doente, é ele o responsável por zelar pelo seu direito de privacidade, conforme se encontra consignado no artigo 11º da Carta dos Deveres e Direitos do Doente, que refere que o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico.

No primeiro período de estágio realizado na UCI, senti necessidade de refletir sobre esta temática da intimidade, privacidade e dignidade do doente crítico e família, tendo despertado esta reflexão a própria estrutura física da UCI. A UCI tem capacidade para 8 doentes, em que 2 unidades são de isolamento, sendo as restantes 6 unidades abertas. Foi possível constatar que a unidade de cada utente se encontra separada das restantes por biombos móveis, tratando-se de um serviço onde estão internados doentes do sexo masculino e doentes do sexo feminino. Apesar destes aparentes obstáculos em termos de estrutura física, pude perceber e observar que é uma preocupação constante dos enfermeiros a promoção da privacidade do doente. Aquando dos cuidados de higiene e conforto, são utilizados vários biombos, para além dos usuais da unidade do doente, no

sentido de resguardar ao máximo a intimidade e privacidade do doente. Uma das estratégias que também adotei foi a prestação dos cuidados de higiene e conforto por regiões localizadas do corpo, ou seja, o banho era dado ao doente assegurando que a parte do corpo exposta era apenas a necessária, no sentido de o doente nunca ficar totalmente despido. De forma a proporcionar ainda a autonomia do doente, sempre que o doente fosse capaz de colaborar de alguma forma, por exemplo, durante os cuidados de higiene e conforto, era incentivado a participar, sendo prestados apenas os cuidados que o doente não fosse capaz de efetuar sozinho.

Para além disso, também observei que, no caso de ser um doente do sexo masculino ou feminino, e consoante os elementos da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais de serviço, são prestados os cuidados tendo pelo menos um elemento prestador de cuidados do mesmo sexo do doente. Foi exemplo o caso de um doente de 54 anos que demonstrava ansiedade e inquietude no leito nos cuidados prestados por enfermeiras e assistentes operacionais do sexo feminino, pelo que houve a preocupação da equipa de estar sempre presente, em qualquer abordagem ao doente, um elemento do sexo masculino, fosse na prestação de cuidados de higiene e conforto, durante a alimentação, posicionamentos, entre outros. Esta atitude da equipa promove e promoveu, sem dúvida, a relação de confiança enfermeiro-doente, tendo contribuído para que todo o stress e medo associados ao internamento nesta unidade tão própria fosse substancialmente reduzido.

No período de estágio seguinte, realizado no SU, também esta temática da intimidade e privacidade do doente crítico e família despertou-me reflexão com o tutor, uma vez que a tecnicidade associada ao serviço de urgência poderá estar aliada à indiferença da pessoa e à sua fragmentação.

Silva (2007) refere que uma situação urgente que requeira hospitalização no decorrer do processo de prestação de cuidados de saúde tem implicações na intimidade da pessoa, podendo provocar sensação de perda de autonomia, o que coloca em causa a necessidade humana básica de privacidade. A consciencialização da diversidade de situações críticas ou não e imprevisíveis que recorrem aos serviços de urgência implica a compreensão da importância que a privacidade assume em aspetos como a confidencialidade das informações, o dever de sigilo profissional e o respeito por valores como o pudor, sabendo que

cada pessoa é individual, única e possui a sua própria identidade cultural. (Silva, 2007). Assim, e de acordo com Pereira (2008), a sensibilidade é uma das características mais importantes que o enfermeiro deve possuir, para observar e identificar situações, eliminando preconceitos e juízos de valor.

Durante a realização do estágio no SU, pude observar que na zona denominada balcão 1, referente à especialidade de medicina interna, encontramos diariamente doentes sentados em cadeiras de rodas em espaços comuns com outros deitados em macas, encontrando-se lado a lado doentes do sexo masculino e feminino. Também no SO de adulto, com capacidade para 11 doentes divididos por uma unidade de isolamento, um quarto constituído por 4 camas e outros 3 quartos cada um com 2 camas, se assiste a situações em que doentes de sexo diferente estão no mesmo quarto, mas encontramos uma organização diferente. Importa sublinhar que estas situações são fruto da disposição e organização do espaço das diferentes valências do SU e não da falta de competências humanas na prestação de cuidados. Pude constatar que era uma preocupação constante dos enfermeiros no SO de adulto distribuir os doentes de forma a que ficassem no mesmo quarto doentes do mesmo sexo. Porém, também assisti a situações de lotação completa do SO em que tal nem sempre acontecia. Dado o risco de se colocar em causa a intimidade e privacidade dos doentes e de atentar contra o respeito pela dignidade da pessoa humana, uma das estratégias que adotei nestas situações foi a promoção da privacidade do doente através do isolamento com cortinas de forma a separar as unidades. Numa outra situação, com um doente do sexo masculino de 50 anos com indicação médica para ser algaliado devido a agravamento da função renal e para contabilização dos débitos urinários, foi adotada uma estratégia diferente. Neste caso em concreto, tive a preocupação de, uma vez que não tinha colegas do sexo masculino nesse turno no SO de adulto, pedir a um colega que estava numa valência diferente do SU para vir algaliar o doente. Senti que esta estratégia foi crucial, não só no sentido de respeitar a intimidade do doente e evitar constrangimentos pelo doente com a técnica invasiva, mas sobretudo no estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-doente.

Nos dois períodos de estágio, o facto de ter tido contacto com a morte levou-me a fazer uma autorreflexão e a partilhá-la com os tutores sobre a

humanização dos cuidados de enfermagem ao doente em processo de morte e à família, no seu respeito pela intimidade e privacidade. Segundo Bacalhau (2014), os direitos fundamentais como a dignidade e o respeito são essenciais para promover cuidados de qualidade, sendo também na morte imprescindível prestar os cuidados ao doente e família de forma humana, digna, respeitando a privacidade.

O doente e família que vivenciam uma situação crítica poderão experienciar a morte, o que implica também o processo de cuidar e de humanização dos cuidados prestados. O enfermeiro cuida do ser humano em todas as etapas do ciclo vital, incluindo esse momento desconhecido, ainda que certo: o momento da morte. Geralmente quem está próximo do doente e família nos momentos mais difíceis é o enfermeiro, sendo ele que atua de maneira contínua, prestando cuidados imediatos e esclarecendo as suas dúvidas (Sousa, Soares, Costa, Pacífico & Parente, 2009).

Durante o período de estágio na UCI, pude perceber que a especificidade deste serviço e o facto de as famílias verem o seu familiar internado nesta unidade tão própria constituía uma forma de conceder esperança de cura, tornando, conseqüentemente, muito difícil o processo de luto das famílias. Não existe consenso na literatura relativamente à definição de esperança. Porém, é definida no seu sentido mais lato como a confiança na aquisição de um bem que se deseja, uma expectativa, reconhecida como força interior promotora de vida (Querido, 2005). Por parte dos profissionais, sobretudo da classe médica, também foi possível constatar que é muito complicado admitir que o "tratamento" que o doente precisa é simplesmente o conforto. Dado que se trata de uma unidade de prestação de cuidados a doentes em situação crítica, não se pode ter a ilusão de que todos os doentes recebem o mesmo tipo de tratamento e, embora se defenda a vida acima de tudo, muitas vezes os tratamentos tornam-se fúteis quando se sabe o desfecho da situação. Como constatamos em Lucas (2012), a função específica do médico era, durante muito tempo, a de utilizar os seus conhecimentos científicos para curar. No início do século XX, esta atitude e esta forma de pensar vieram a alterar-se, passando-se de uma visão que era a de aceitar a evolução natural das doenças para uma ânsia dos profissionais de saúde em dominar a natureza com os seus novos saberes. A morte desperta nos profissionais sentimentos de derrota e de impotência, sendo, por isso, tentados a

continuar os tratamentos para apaziguarem a sua consciência profissional. Porém, muitas vezes, o que os doentes e famílias preferem e necessitam nesse momento é terminar os seus dias tranquilamente, em paz e livres de dor (Lucas, 2012). De acordo com Bernardo *et al.* (2016), a prevenção e alívio do sofrimento, promovendo a melhor qualidade de vida possível ao doente e família, é o grande objetivo dos cuidados paliativos.

Uma vez que os cuidados paliativos constituem uma área de interesse pessoal, foi uma temática alvo de reflexão. Os cuidados paliativos visam promover o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam problemas que advêm de uma doença incurável e/ou grave e com um prognóstico limitado. Através da identificação precoce e tratamento da dor, assim como de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, é possível prevenir e promover o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Coelho, Pinho-Reis, Capelas & Sá, 2018). Bernardo *et al.* (2016) referem que os cuidados paliativos são simultaneamente uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado, definindo-se de forma simples como os cuidados aos doentes cujo prognóstico de vida é limitado, pelo que a atenção se desloca da cura para a qualidade de vida. Segundo Junior, Gutterres, Corrêa, Ajovedi e Souza (2018), os princípios dos cuidados paliativos pressupõem: considerar a morte como um processo natural e não como um futuro incerto; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas fúteis; proporcionar alívio da dor e de outra sintomatologia; melhorar a qualidade de vida; integrar os aspetos psicológicos e espirituais da assistência ao doente e família; apoiar a família, levando-a a uma melhor aceitação do falecimento do seu familiar no processo de luto.

Assim sendo, proporcionar o melhor conforto possível àquela pessoa e àquela família torna-se o objetivo das intervenções de enfermagem quando vemos a vida de um doente encaminhar-se inevitavelmente para o seu desfecho, sendo nesse contexto que se pode entender que a morte poderá significar também o fim do sofrimento. Toda esta situação causa-nos a nós e a eles profunda tristeza. Bastos, Quintana e Carnevale (2018) referem que existe um sentimento de angústia significativo relacionado ao trabalho no contexto da morte, sendo inevitável lidar com o cuidado à dor do outro, o que remete o enfermeiro às suas próprias dores. Estes autores referem ainda que o enfermeiro necessita de

refletir sobre o seu trabalho, isto é, importa proporcionar momentos e espaço para que se fale sobre as situações angustiantes e se partilhe emoções, como forma de escoar o sofrimento.

Segundo Sousa *et al.* (2009), a morte em si é um momento exclusivo do doente, no sentido em que é somente ele que vive essa passagem da vida para a morte. De acordo com o artigo 103º do Código Deontológico do Enfermeiro, dos direitos à vida e à qualidade de vida, refere que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias. No entanto, ele terá de tomar consciência de que o cuidar está também presente neste momento de passagem, tanto para o doente como para a família, e que a morte terá que deixar de ser encarada como uma derrota ou um fracasso profissional.

Presenciei uma situação durante o estágio na UCI com um doente do sexo masculino, de 27 anos de idade, que deu entrada na UCI proveniente da sala de emergência por PCR. Tinha antecedentes pessoais apenas de asma, mas com incumprimento terapêutico no domicílio. Segundo a mãe do doente, no dia anterior tinha-se socorrido de bombas inalatórias de resgate, por referir dificuldade respiratória. No dia em que deu entrada no SU, foi encontrado inanimado no seu local de trabalho, sendo transportado de ambulância até ao SU, dando entrada em PCR. Foram prestados vinte minutos de manobras de SAV, tendo recuperado pulso. Teve novo episódio de PCR, recuperando pulso quinze minutos após manobras de SAV. Foi então transferido para a UCI para vigilância e continuidade de cuidados. Após observação por neurologia e diversos exames complementares de diagnóstico que revelaram isquémia do tronco cerebral, foi declarada morte cerebral, informando-se que o doente seria potencial dador de órgãos. Segundo Fonseca (2011), a morte cerebral é definida como a cessação irreversível das funções de todas as estruturas neurológicas intracranianas. Porém, as funções cardíaca e pulmonar podem estar mantidas artificialmente.

Foi possível observar o cenário de esperanças vãs descrito por Fonseca (2011), onde a manutenção do suporte artificial por prazo indefinido acarreta sobretudo ansiedade e esperanças irreais para a família. Quando a equipa médica se reuniu com os pais do doente para lhes comunicar o diagnóstico de morte cerebral, lembro-me que a resposta da mãe foi "mas ele ainda está a

respirar!". Segundo Ribeiro (2013), transmitir uma má notícia é um processo complexo e exige uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo. Na situação referida, foi notória a esperança que a família do doente colocava na sua recuperação, por vê-lo rodeado de monitores especializados, de medicação e por um ventilador que lhe assegurava a respiração. Querido (2005) refere que a incerteza é um pré-requisito da esperança, pressupondo-se que algo de bom aconteça, sendo atribuído um poder terapêutico à esperança por se tratar de mecanismo de *coping* importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual. Segundo a mesma autora, a esperança é uma força interior dinâmica na perspetiva da família, permitindo a transcendência da situação presente, alimentando uma nova consciência do ser e coexistindo com o luto antecipatório. De acordo com Costa, Costa e Aguiar (2016), a família acredita que o doente possa ainda voltar à sobrevivência, devido à conservação da sua temperatura, funções cardíacas e respiratórias, devendo os profissionais, nestas circunstâncias dolorosas, oferecer apoio psicológico à família. Julgo que o que dizer e o que fazer numa situação de morte como a descrita passará apenas por estar presente, fazer a família perceber que não está sozinha nesta caminhada, apoiá-la no seu sofrimento e proporcionar-lhe tempo para que se despeça do doente. Costa *et al.* (2016) referem que é fundamental que os enfermeiros sejam capazes de prestar esclarecimentos à família, de maneira a facilitar a sua compreensão da situação, mas respeitando as suas crenças e sentimentos em relação ao falecido e ao processo de doação. Palu, Labronici e Albini (2004) acrescentam que o lidar com a morte não é algo que se ensine nem que se aprenda; é o próprio enfermeiro que tem de encontrar mecanismos que lhe permitam lidar com a situação de morte de uma forma que não dependa exclusivamente do seu perfil humano e da sua experiência de vida.

Não pude acompanhar o desfecho deste caso, uma vez que o doente seguiu para provas de morte cerebral no turno seguinte e foi após para doação de órgãos. Porém, foi uma situação que, confesso, me impressionou, talvez pela proximidade de idade do doente com a minha, fazendo-me refletir com a tutora sobre o impacto da morte no enfermeiro. Nesta situação em concreto que vivenciei na UCI, senti que o objetivo dos cuidados passou realmente a ser outro: cuidados de conforto, aliviar o sofrimento e estar presente para o doente e para a família. Embora não tenha acompanhado todo o processo, foi importante saber

que foi permitido à família permanecer junto do seu familiar até ao último momento e que foi proporcionado conforto ao doente, garantindo-se a sua privacidade e dignidade enquanto pessoa e apoiando a família no seu processo de luto.

No período de estágio seguinte no SU, também contactei com a morte. Segundo Baldissera *et al.* (2018), embora existam vários significados e conceitos sobre a morte que envolvem aspetos biológicos, religiosos, materiais e culturais, esta poderá ser entendida de forma simplista como o resultado de uma falha biológica associada a uma patologia. Por se tratar de uma inquietação pessoal e também de uma preocupação efetiva da equipa do serviço, foi alvo da minha reflexão a morte no serviço de urgência, indagando de que forma se assegura a intimidade e privacidade do doente e da família, respeitando a sua dignidade.

O serviço de urgência é caracterizado como uma unidade com uma grande afluência de doentes com risco iminente de morte, ocorrências de natureza imprevisível, escassez de recursos humanos e materiais, muitas vezes instalações físicas inadequadas, tempo reduzido para cuidar o doente e família, convívio com o processo de morte e morrer (Ribeiro *et al.*, 2015).

Durante uma situação urgente/emergente, e tendo em conta as especificidades do serviço de urgência, as ações e intervenções na luta pela vida do doente são o foco principal da nossa atuação como enfermeiros.

Contactei com a morte em duas situações distintas. A primeira situação ocorreu no SO de Adulto, com uma doente de 60 anos que tinha dado entrada no SU no dia anterior por melenas, tendo ficado em observação na zona de balcão 1. Entretanto, apresentou uma dejeção de sangue vivo em grande quantidade e um vómito com sangue, tendo feito aspiração de vómito. Foi transferida para SO de adulto, com alteração do estado de consciência; foi feito pedido de apoio à UCI, com necessidade de entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória, colocação de cateter venoso central com suporte aminérgico e algaliação. Durante o turno, a doente apresentou agravamento progressivo e rápido do seu estado de saúde, acabando por falecer no início da manhã. Neste caso concreto, não tive contacto direto com a família, que optou por se informar com a equipa médica e não quiseram permanecer com a doente.

Segundo Dell'Acqua, Tome e Popim (2013), a sociedade atual vive na crença de ser detentora do poder para controlar a vida e a morte. A morte é

muitas vezes negada e entendida como o fracasso da ciência e dos homens em curar. Moura (2017) acrescenta ainda que esta recusa da morte leva a que os profissionais de saúde encarem o fim de vida como algo reversível, sendo muitas vezes utilizadas medidas curativas, investindo-se em tratamentos ineficazes e infrutíferos, que só acrescentam sofrimento.

Na situação anteriormente referida, chegou a uma certa altura em que o importante não passou a ser curar, uma vez que não havia qualquer resposta aos tratamentos, mas sim aliviar o sofrimento, proporcionar o conforto da doente e, de certa forma, deixar a natureza seguir o seu curso.

Outra situação que vivenciei neste estágio tratou-se de um doente de 72 anos que veio transferido da ilha de São Jorge por um acidente vascular cerebral hemorrágico. Encontrava-se entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória, tendo sido admitido no SO de adulto, onde foi observado por neurocirurgia e efetuou exames complementares de diagnóstico. O prognóstico do doente era muito reservado e a TAC crânio-encefálica revelou uma hemorragia cerebral extensa com rutura tetraventricular, sem indicação cirúrgica. A esposa do doente, também ela de 72 anos, tinha acabado de chegar da ilha de São Jorge quando os médicos tiveram acesso ao resultado da TAC.

No momento em que a esposa chegou, eu encontrava-me junto do doente a prestar cuidados e deparei-me com uma familiar visivelmente ansiosa, preocupada e chorosa. Vinha sozinha e disse-me que não tinha família com quem falar, porque tinha uma filha, mas devido a desentendimentos familiares, já há muito tempo que não contactavam. Tomei consciência de que era crucial apoiar aquela familiar, demonstrar-lhe que nem ela nem o marido estavam sozinhos. De acordo com Baldissera *et al.* (2018), torna-se imperioso que se atenda às necessidades dos familiares no serviço de urgência, visto que chegam muitas vezes ansiosos, agitados, angustiados e inseguros.

Naquele instante, o alvo dos cuidados passou a ser aquela díade (esposa e doente) como um todo. Como refere Baldissera *et al.* (2018), é necessário garantir que a equipa do serviço de urgência faça o acolhimento dos familiares angustiados e preste, ao mesmo tempo, uma assistência centrada na família e no doente.

A familiar conversou com o médico e teve conhecimento do prognóstico do marido, que seguidamente teve observação pela especialidade de cuidados

paliativos e iniciou perfusão de morfina, sendo explicado à esposa que o mais importante era o doente estar confortável, sem sinais de sofrimento. Foi dado espaço para o casal estar na sua privacidade, onde a esposa viu esclarecidas as suas dúvidas e foi proporcionado tempo para que permanecesse na companhia do marido. A familiar disse-me que viviam só os dois e nunca tinham estado um sem o outro. Como esta familiar tinha chegado de viagem e ocorrido imediatamente ao SU, foi-lhe disponibilizado jantar e, após conversação com a equipa, foi permitido que permanecesse sentada num cadeirão junto ao doente. Não presenciei o desfecho da situação, mas posteriormente tive conhecimento de que o doente foi transferido para a unidade cerebrovascular para cuidados de conforto, para as despedidas e para poder permanecer com mais privacidade com a esposa, tendo vindo a falecer no dia seguinte.

Os cuidados paliativos afirmam-se, desta forma, como cuidados integrais, totais e contínuos, tendo em conta os aspetos físicos, psicológicos, sociais, económicos, práticos e espirituais, considerando o doente e família como a unidade e centro do cuidar, respeitando as suas preferências, objetivos e valores culturais, sociais e espirituais. De acordo com Coelho, Simões, Mello e Capelas (2018), a família constitui parte integrante do processo de cuidar no âmbito de cuidados paliativos, sendo para isso necessário que a família tenha o conhecimento do diagnóstico do doente e do prognóstico da situação.

Sinto que os cuidados prestados a este doente e à esposa nesta situação foram os melhores. Toda a equipa trabalhou e interveio para que o doente permanecesse confortável, sem dor e na presença da pessoa mais significativa da sua vida, a esposa. Como refere Batista (2012), a perda de um familiar modifica toda a estrutura de uma família, sendo a intervenção do enfermeiro essencial através da adoção de uma postura e atitudes de apoio e disponibilidade total desde o início deste doloroso processo. Importa saber escutar, criar laços de proximidade e de intimidade com a família, atitudes cruciais no processo do cuidar, particularmente no SU. Segundo Moura (2017), independentemente do local, é dever dos profissionais de saúde, e nomeadamente dos enfermeiros, respeitar os direitos da pessoa em fim de vida, com vista a proporcionar-lhe um fim de vida digno.

Dadas as situações referidas vivenciadas e dada a minha experiência profissional, tenho a certeza de que nunca se tornará fácil lidar com a morte, nem

se espera que assim seja. Se o enfermeiro ganha frieza, perde-se a humanidade que é inerente ao cuidar, e, se se perde a capacidade de cuidar, deixa-se de ser enfermeiro (Prado, Leite, Silva, Silva & Castro, 2018). Porém, não é por ser frequente o contacto com a morte que se torna banal, nem o pode ser. É claro que existem sempre situações que nos tocam mais, mas, de acordo com Palu *et al.* (2004), o distanciamento para com o doente torna-se necessário para o enfermeiro, pois desta forma evitará prejuízos a nível emocional e psicológico.

Considero, assim, que adquirir competências no âmbito do cuidar do doente crítico através da gestão diferenciada do bem-estar e da assistência ao doente e família nas perturbações emocionais, desenvolvendo competências na relação de ajuda relacionadas com o processo de luto.

2.2. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: Gerir as medidas farmacológicas e não farmacológicas na prevenção do *delirium*.

Ao fazer parte das doenças mentais mais prevalentes nos doentes hospitalizados por patologia aguda, o *delirium*, segundo Salluh e Pandharipande (2012), é um estado confusional agudo que representa uma disfunção cerebral aguda, envolvendo uma ampla variedade de manifestações clínicas. Apesar de estar associado a um comprovado aumento da morbilidade e mortalidade, é ainda subvalorizado pelos enfermeiros (Pereira *et. al.*, 2016).

A maioria dos casos de *delirium* na UCI permanece não diagnosticada (Kotfis, Marra & Ely, 2018). A pertinência desta questão é reconhecida por Hartmann e Wagner (2015), que afirmam que o diagnóstico e a avaliação do *delirium* devem fazer parte do conhecimento e competência dos membros da equipa multidisciplinar da UCI.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica está mais desperto para esta temática, uma vez que desenvolve uma prática baseada nas mais recentes evidências, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, com vista à promoção de cuidados

de excelência e são detentores de competências específicas na área da criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

Desta forma, foi uma preocupação durante o período de estágio na UCI aprofundar esta temática do *delirium* no doente em situação crítica. A escolha desta temática resulta, assim, da perceção de que o *delirium* no doente crítico é uma patologia pouco diagnosticada na UCI, constituindo uma realidade que afeta, não só o doente, mas também a família e a equipa multidisciplinar. Para além disso, está associado a consequências nefastas, como a auto-extubação, remoção de cateteres e outros dispositivos invasivos, tempo prolongado em ventilação mecânica e consequente aumento do tempo de internamento na unidade (Faria & Moreno, 2013). Também Luna, Entringer e Silva (2016) defendem que o *delirium*, quando não diagnosticado, poderá evoluir para condições desfavoráveis para o doente, uma vez que o tratamento adequado e o seguimento do doente deixam de ser feitos. Assim sendo, considerando as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade relacionadas com o *delirium*, a segurança do doente é colocada em causa, bem como a qualidade da prestação dos cuidados.

No âmbito da UCI, é prática generalizada a atuação invasiva com o objetivo de monitorizar agressivamente a ocorrência de disfunções orgânicas, descurando-se ou remetendo-se a um segundo plano as consequências que estes procedimentos acarretam ao doente a diferentes níveis, culminando, muitas vezes, num quadro de *delirium* (Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima & Salluh, 2010).

Faustino (2016) refere que as estratégias preventivas devem ser adotadas com vista à redução da incidência do *delirium*, devendo ainda ser utilizadas como indicadores de qualidade no ambiente de cuidados críticos. Também Faria e Moreno (2013) e Pitrowsky *et. al.* (2010) afirmam que a redução da incidência de *delirium* na UCI deve ser considerada um indicador de qualidade e um alvo a ser perseguido, representando melhoria na prestação de cuidados ao doente. Portanto, é necessário que as UCI's possuam políticas de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium*, que passam por identificar os doentes mais vulneráveis e os fatores de risco associados ao desenvolvimento do quadro (Pereira *et. al.*, 2016).

Durante o período de estágio na UCI, deparei-me com uma realidade em que a temática do *delirium* não é de todo valorizada nem abordada. Após reunir com a tutora e a orientadora, considerámos pertinente a abordagem deste tema com vista à sensibilização da equipa multidisciplinar para esta problemática. Neste sentido, realizei uma ação formativa com o título "Prevenir o *Delirium* no doente em situação crítica", fazendo uma contextualização teórica sobre o "*Delirium*, uma problemática real e presente na UCI" (APÊNDICE I). Com esta ação formativa realizada, considero ter atingido o objetivo principal de sensibilização da equipa multidisciplinar para esta problemática do *delirium* na UCI.

Após consulta de diversa bibliografia relativa à temática abordada (Pitrowsky *et. al.*, 2010; Moreno & Faria, 2013; Mesquita, 2015; Pereira *et. al.*, 2016; Souza *et. al.*, 2017), apresentei diversos instrumentos de avaliação do *delirium*. Segundo Souza *et. al.* (2017), a sua avaliação é fundamental e a aplicação de um instrumento de avaliação é a peça-chave para que a identificação do quadro seja rapidamente efetuada e se proceda ao tratamento. Salientei a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* por constituir a primeira ferramenta validada para a avaliação de *delirium* desenvolvida especificamente para doentes de UCI. Com a referida ação formativa, enfatizei ainda perante a equipa multidisciplinar os fatores modificáveis pelos enfermeiros, reunidos após consulta de vários autores que se debruçaram sobre esta problemática: nutrição e hidratação; promoção do controlo de infeções; visita de familiares; compensação de défices sensoriais; preservação do ciclo de sono-vigília; gestão da administração de fármacos; posicionamento do doente, promovendo oxigenoterapia adequada e aspiração de secreções eficaz; mobilização precoce.

Pude constatar após esta pesquisa bibliográfica, em reflexão com a tutora e com os restantes colegas durante a ação formativa, que existem muitas intervenções que são já realizadas na UCI. Porém, a sua realização não é decorrente da consciência de que previnem o *delirium* e contribuem para a diminuição da sua incidência. Após a ação formativa, as intervenções e cuidados de enfermagem passaram a ser realizados com a preocupação e conhecimento científico da sua pertinência na deteção e prevenção de situações de *delirium*. Por exemplo: realização da higiene oral, proporcionando uma hidratação oral

adequada; cumprimento dos princípios gerais da prevenção e controlo de infeções, nomeadamente a higienização das mãos; visita de familiares, embora só estejam preconizados para a UCI dois períodos diários cada um de 30 minutos; utilização de próteses visuais pelos doentes com défices visuais, melhorando a perceção do ambiente envolvente; diminuição do ruído e da luminosidade no período noturno, proporcionando sono de qualidade; posicionamentos adequados a cada doente, promovendo uma oxigenação adequada. Relativamente à gestão de fármacos, o papel dos enfermeiros na UCI é essencialmente referente à medicação de resgate, uma vez que a prescrição está restrita aos médicos. Dado que o controlo inadequado da dor é muitas vezes causa de agitação e inquietude na UCI, podendo ser erradamente confundido com *delirium*, é crucial a avaliação e gestão adequada da dor. Verifiquei que na UCI a dor era avaliada pelo menos uma vez por turno, sendo utilizados os dois instrumentos validados para cuidados intensivos: a escala numérica da dor para os doentes não-ventilados e a escala BPS para os doentes ventilados. Para o controlo da dor, eram aplicadas não só as medidas farmacológicas, mas também as medidas não farmacológicas, como os posicionamentos. Quanto à mobilização precoce, esta é também uma preocupação da equipa da UCI, possuindo esta unidade um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, que fica responsável pela avaliação do doente.

Como forma de aprofundar esta temática do *delirium*, surgiu a opção de realizar uma semana de observação num SMI num hospital situado na região norte de Portugal Continental, tendo a oportunidade de trabalhar com uma equipa multidisciplinar diferente numa realidade também ela diferente. Realizei, então, uma semana de observação no SMI, onde constatei que é uma preocupação diária, tanto dos médicos como dos enfermeiros, diagnosticar, avaliar e tratar o *delirium*. Os enfermeiros são responsáveis por avaliar uma vez por turno a escala de RASS, que permite posteriormente a aplicação da escala CAM-ICU para avaliação do *delirium*, se existirem critérios para a sua aplicabilidade.

Porém, durante este período de observação, não contactei com nenhum doente com o diagnóstico de *delirium*, mas colaborei na sua prevenção e na aplicação dos dois instrumentos de avaliação referidos. Luna *et al.* (2016) consideram que os enfermeiros possuem um papel fundamental na avaliação e identificação do *delirium*, uma vez que são os profissionais que permanecem junto

ao doente durante 24 horas. Desta forma, qualquer oscilação no quadro clínico do doente será mais facilmente identificada.

Pude também acompanhar as passagens de turno e visitas médicas, onde existe a preocupação de fazer referência se o doente tem risco de desenvolver *delirium* ou se este está efetivamente presente, sendo uma prioridade o seu tratamento. Segundo Mendonça (2011), o *delirium* constitui uma emergência médica verdadeira, potencialmente reversível quando devidamente diagnosticada e tratada.

Tive ainda a oportunidade de participar no *Workshop* "Sedação, Analgesia e *Delirium*", onde foi feita uma bordagem teórica sobre as várias temáticas com a apresentação de casos clínicos para identificação do *delirium*. De acordo com Souza *et. al.* (2017), os enfermeiros precisam de ser capacitados para a aplicação dos instrumentos de avaliação do *delirium*, pois podem atuar nos processos educativos da equipa e família.

Considero ter sido uma mais-valia o período de observação no SMI, pois permitiu-me trabalhar e aprofundar conhecimentos sobre a temática do *delirium*, comparando com a realidade encontrada na UCI. De acordo com Mesquita (2015), é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para esta temática, de forma a poderem reconhecer precocemente esta patologia e ser efetuada uma correta e eficaz abordagem terapêutica ao doente com *delirium* na UCI.

Com a formação realizada na UCI e com a semana de observação no SMI, adquiri competências no domínio da gestão da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente com *delirium*, tendo por base a evidência científica.

Objetivos: Desenvolver competências de gestão dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção; Garantir a prestação de cuidados de qualidade ao doente e família em situação crítica, prevenindo a infeção.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem que haja evidência de que a infeção esteja presente ou em fase de incubação no momento do internamento (DGS, 2009). Poderão ser causadas por agentes infecciosos de fontes endógenas ou exógenas: as fontes

endógenas são órgãos que naturalmente têm flora, como por exemplo a pele, nariz, boca, ou trato gastrointestinal; as exogéneas provêm de fontes externas ao doente, como o ambiente da instituição de saúde, os profissionais de saúde, visitas e dispositivos médicos. As colonizações não são consideradas IACS, são situações onde existe a presença de microrganismos, mas que não causam sinais ou sintomas. Porém, os portadores destes microrganismos poderão constituir uma potencial fonte de contaminação (Cardoso, 2015).

Durante o período de estágio na UCI, foi uma preocupação conhecer os protocolos do serviço relativamente a esta temática tão importante, analisando a organização da unidade, distribuição dos doentes, enfermeiros e assistentes operacionais no plano diário de trabalho, ações e intervenções na prática diária dos enfermeiros e outros profissionais de saúde. De acordo com Gonçalves (2012), embora nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde sejam evitáveis, existe uma proporção significativa que poderá ser prevenida se se conseguir o envolvimento dos profissionais de saúde na adoção de boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde (PNCI, 2007). Assim sendo, e dada a importância desta temática e o facto de ter lidado diariamente com doentes em situação crítica na UCI, tornou-se fundamental o desenvolvimento de competências na área de controlo de infeção.

Na UCI, para se entrar em contacto com um doente, o material de proteção é obrigatório: bata, máscara e luvas. Após contacto com a unidade do doente, todo o material é inutilizado em recolha de lixo, também ela situada na unidade do doente. As visitas são ainda elucidadas, aquando do acolhimento efetuado na admissão à unidade, dos procedimentos a ter em conta para o controlo de infeção: lavagem das mãos antes de entrar na unidade e colocação de material de proteção (à semelhança dos profissionais de saúde: bata, máscara e luvas) e desinfecção das mãos após. Durante o horário das visitas, encontra-se um assistente operacional na zona de entrada e equipamento das visitas para se assegurar de que os procedimentos de controlo de infeção estão cumpridos, rotina do serviço que foi alvo de reflexão com a tutora. De acordo com Moreira (2017), os enfermeiros são detentores de um papel fundamental na área da

prevenção e controlo das IACS, sendo responsáveis por assegurar e promover um aumento da qualidade, da eficácia e da eficiência dos cuidados de enfermagem prestados. Mendonça (2018) refere ainda que a prevenção e o controlo eficaz das IACS em organizações de saúde está dependente da existência de profissionais especializados em controlo de infeção e com competências específicas que permitam a elaboração, implementação e monitorização de medidas preventivas locais, nomeadamente as relacionadas com a higiene das mãos e o isolamento do doente. Dadas estas evidências, a referida supervisão realizada pelos assistentes operacionais deveria ser realizada pelos enfermeiros, mais especificamente os enfermeiros especialistas, que detêm competências na área de prevenção, intervenção e controlo de infeção. Foi uma preocupação, sempre que possível, explicar e orientar as visitas, de forma a garantir que os procedimentos de controlo de infeção eram cumpridos. O facto de o horário de visitas na UCI ser de apenas dois períodos diários, cada um de 30 minutos, limita o contacto do enfermeiro com a família no sentido de, não só prestar o devido apoio no processo de saúde/doença do doente e da própria família, mas também de explicar a importância do cumprimento dos regulamentos de controlo de infeção, fazendo a sua supervisão.

Relativamente à unidade de cada doente, pude constatar que cada uma possui material que é intransmissível, ou seja, todo o material que esteja em contacto com a unidade do doente, seja de higiene ou a utilizar numa técnica invasiva, só diz respeito àquele doente, sendo descartado quando não utilizado. Segundo Figueira (2013), é fundamental que se previna e se controle simultaneamente a transmissão cruzada de microrganismos em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, sendo este conjunto de ações e recomendações os alicerces do controlo de infeção. Ao constituírem a primeira “barreira de segurança” nos cuidados de saúde, contribuem para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança dos doentes.

Para os profissionais, também verifiquei que estão disponíveis na UCI vários *posters* relativos à temática do controlo de infeção, nomeadamente lavagem e desinfeção das mãos, colocação de material de proteção individual, procedimentos de técnicas invasivas como hemoculturas, rastreio de *Staphilococcus aureus meticilina* resistente, que é efetuado a todos os doentes

admitidos na UCI por meio de uma zaragatoa nasal. Para além destes *posters*, encontram-se disponíveis no serviço, em formato de papel e na *intranet*, os protocolos internos da instituição relativos ao controlo de infeção.

Trata-se de uma unidade hospitalar de nível III, com uma lotação de 8 doentes (6 unidades abertas e 2 unidades de isolamento), sendo o rácio enfermeiro-doente conforme o preconizado no regulamento nº 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem - de 1:2. Relativamente à distribuição do plano de trabalho, na UCI é o enfermeiro responsável de turno quem tem a função de distribuir os doentes pelos enfermeiros e assistentes operacionais. Por vezes, observei que o único critério a ter em conta na distribuição dos doentes pelos enfermeiros era a carga de trabalho, sendo descurada a componente do controlo de infeção. Figueira (2013) refere que a ausência de enfermeiros dedicados apenas aos doentes infetados e/ou colonizados é um fator que contribui para o aumento do risco de transmissão cruzada de IACS.

O conceito de "carga de trabalho" surgiu com o intuito de estimar a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem nas atividades de prestação direta ou indireta de cuidados ao doente, sendo medida em pontuação, o que permite determinar o número de horas dedicadas pelos enfermeiros a cada doente (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes 2010). Na UCI é utilizada a escala *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), instrumento que se caracteriza por avaliar a intervenção de enfermagem durante as 24 horas prévias ao registo, apenas uma vez por dia, de fácil preenchimento contemplando 9 variáveis. Uma vez que tem por base escalas com critérios médicos, não abrange todas as atividades realizadas pelo enfermeiro e não determina a carga de trabalho por turno, nem a global de toda a unidade (Gil, Montesinos, Llor, Bas & Soler, 2017). Desta forma, é um instrumento que não se baseia em cargas de trabalho reais, pelo que não deverá ser tida em conta na gestão de recursos humanos e distribuição do plano de trabalho de enfermagem.

Relativamente às unidades de isolamento na UCI, estas possuem um circuito próprio. São compostas por uma antecâmara onde se efetua a lavagem das mãos, colocação de bata, máscara de bico de pato e luvas. Após contacto com o doente, todo o material é inutilizado na unidade de resíduos que se encontra na antecâmara e procede-se novamente à lavagem das mãos.

Salvaguarda-se que estes passos são também efetuados pelos familiares durante o período de visitas. De acordo com Cardoso (2011), no plano de controlo da infeção, o isolamento dos doentes constitui um procedimento especial, implicando barreiras adicionais visando a sua individualização, de modo a prevenir a infeção cruzada, entre doentes, profissionais e visitas.

No período de observação no SMI, pude constatar que apenas alguns enfermeiros utilizavam concomitantemente luvas e máscaras ao entrarem em contacto com a unidade e com o próprio doente, enquanto que a utilização de bata estava apenas reservada às unidades de isolamento. Observei também situações de manipulação de cateter venoso central e cateter de hemodiálise sem equipamento de proteção individual. Segundo Ferreira (2011), as medidas de proteção individual são fundamentais para prevenir a transmissão cruzada, garantindo a segurança dos doentes e dos profissionais. A mesma autora refere ainda que a utilização do equipamento de proteção individual constitui uma proteção ativa, necessitando assim de uma ação individual continuada, pelo que é considerada uma das estratégias com menos sucesso por requerer a participação efetiva de todos os profissionais. De facto, embora no SMI existissem *posters* ilustrativos da higienização e desinfeção das mãos e estivessem disponíveis os equipamentos de proteção individual, nem sempre vi cumpridas as precauções básicas para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS por parte dos enfermeiros. Segundo Figueira (2013), o risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde, agravando-se em doentes imunodeprimidos e/ou na presença de dispositivos invasivos. Desta forma, é imprescindível a sensibilização das equipas multidisciplinares para esta temática da prevenção e controlo de infeção, com o intuito de se adotarem medidas assertivas no combate a esta problemática das IACS, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

Considero que desenvolvi competências e conhecimentos na área de controlo de infeção, revelando-se extremamente importantes para a maximização da prevenção e controlo de infeção perante o doente e família em situação crítica, face à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil.

2.3. OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Objetivos: Demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas comunicacionais com o doente e família em situação crítica; Adaptar a comunicação à complexidade da situação da pessoa e família; Promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do doente e família em situação crítica.

O papel do enfermeiro não se restringe exclusivamente à execução de técnicas ou procedimentos, mas a uma ação abrangente de cuidados, o que implica sobretudo o desenvolvimento da habilidade de comunicação. A comunicação é, assim, o instrumento básico no processo do cuidar utilizado pelo enfermeiro e que lhe permite atender às necessidades do doente e família (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

Num serviço tão específico como é o caso do serviço de urgência, torna-se imprescindível o enfermeiro ser dotado também da arte de comunicar para conseguir compreender o que aconteceu com o doente, quais as suas queixas, preocupações, medos e quais as preocupações da família.

A comunicação é entendida como o alicerce das relações interpessoais e do cuidado, possuindo um papel de instrumento de humanização (Broca & Ferreira, 2012). É por meio da comunicação que os enfermeiros podem compreender melhor as necessidades dos doentes, dos familiares e da comunidade, valorizando-a como um componente da humanização do cuidado em enfermagem (Broca & Ferreira, 2015). Segundo Campos (2017), a comunicação é considerada uma das características mais importantes, sendo encarada como ferramenta terapêutica essencial que define a qualidade das intervenções em enfermagem.

Dada a imprevisibilidade inerente ao SU, a comunicação revelou-se crucial neste estágio: comunicar com o doente, sabendo das suas queixas; com a família, para informá-la e prestar-lhe apoio nesta nova situação e processo de saúde-doença do seu familiar; na comunicação entre os elementos das equipas multidisciplinares e na sua participação na tomada de decisão conjunta (Campos, 2017). Segundo Gonçalves (2018), a eficácia da comunicação é pedra basilar no

processo dinâmico de troca de informação e está totalmente dependente da existência de mecanismos de comunicação eficientes, com o intuito de garantir a continuidade da prestação de cuidados ao doente de forma segura. Santos e Ferrão (2015) também referem que a comunicação é um elemento fundamental para a garantia da continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, sendo considerada um fator importante na humanização, segurança e qualidade dos cuidados.

Atendendo às consequências nefastas para a segurança do doente relacionadas com uma comunicação ineficaz, têm vindo a ser implementadas ferramentas de padronização de comunicação com vista à sua uniformização (Gonçalves, 2018). De acordo com a norma nº001/2017 da DGS, a transição de cuidados de saúde deverá obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. Esta metodologia representa cinco componentes-chave do processo de comunicação na transição de cuidados: identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações. Segundo a DGS (2017), a técnica ISBAR é de fácil memorização pelos profissionais e poderá ser utilizada em diferentes contextos da prestação de cuidados, constituindo uma estratégia de compreensão de mensagens que recorre a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara. Num estudo realizado num hospital no sul da Suécia em dois serviços cirúrgicos e outro de ortopedia, concluiu-se que a utilização desta técnica permitiu uma estruturação do discurso na comunicação na equipa multidisciplinar, assegurando-se, através desta estruturação, a segurança do doente (Blom, Petersson, Hagell & Westergren, 2015).

Relativamente à comunicação com o doente e família, assisti a uma situação no SO de Adulto, em que um doente de 73 anos de idade tinha sido levado ao SU pela SIV por uma alteração do estado de consciência, o que implicou uma entubação orotraqueal à chegada. O doente já tinha recebido visita da esposa porque já tinha sido efetuado o acolhimento à unidade e, no referido turno, a esposa, através de um telefonema dos funcionários administrativos, pediu para visitar o marido. Permaneceu junto ao doente, mas através das questões que a senhora estava a colocar, apercebi-me de que ela não estava a par da situação crítica do marido. Para ela, o ventilador que se encontrava na unidade

era apenas mais um monitor para vigilância dos parâmetros vitais e o tubo orotraqueal, uma sonda para ele se alimentar. Pedi de imediato ao médico de serviço para falar com a familiar, uma vez que ela não tinha compreendido a gravidade da situação nem do prognóstico.

A comunicação de más notícias continua a ser uma das problemáticas mais complicadas no contexto das relações interpessoais, podendo desencadear, tanto no emissor como no recetor, sentimentos e atitudes como apatia, raiva, negação, agressividade ou até mesmo uma aparente normalidade (Galvão, Valfreixo & Esteves, 2015). Segundo Fontes, Menezes, Borgato e Luiz (2017), má notícia é definida como qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada com o doente e que é transmitida a ele ou à sua família, podendo implicar uma mudança drástica no seu prognóstico de saúde. Normalmente, o conteúdo das más notícias está associado à morte e a doenças graves. É certo que ninguém transmite uma má notícia de ânimo leve, sem primeiro refletir e estruturar o tipo de intervenção para transmissão desta informação de conteúdo promotor de infelicidade no doente e família (Ribeiro, 2013). O modelo de comunicação de Buckman constitui um protocolo, designado de SPIKES, orientador para a transmissão de más notícias, do qual fazem parte seis etapas: conseguir o ambiente correto, descobrir o que o doente/família já sabe, descobrir o que o doente/família deseja saber, partilhar informação, responder às emoções do doente/família e organizar e planificar. Importa salientar que as referidas etapas existem como linha orientadora na abordagem ao doente e família na transmissão de más notícias, pois cada caso é singular e cada doente e família são detentores de necessidades únicas, implicando que o protocolo tenha que ser flexível de forma a adaptar-se a toda e cada situação específica (Ribeiro, 2013).

Nesta situação em concreto vivenciada no SO de Adulto, considero que o local escolhido foi adequado, pois o médico falou sobre a situação do doente à familiar num gabinete, promovendo um ambiente calmo, silencioso e privado na transmissão das informações. Após o esclarecimento por parte do médico, a senhora mostrou-se chorosa, emocionada e visivelmente receosa do desfecho da situação. Dada a receção desta má notícia por parte da familiar, houve necessidade, nesse momento, de atender às suas necessidades de forma a acalmá-la, desmistificar todos os aparelhos eletrónicos que se encontravam

próximos do doente e também clarificar alguma informação transmitida pelo médico, uma vez que tinham sido utilizados vários termos técnicos de difícil compreensão. Utilizei, assim, a escuta ativa como forma de tentar perceber quais as suas dúvidas, receios e aflições. Segundo Mesquita e Carvalho (2014), a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, sendo uma atitude positiva de calor humano, interesse e respeito, revelando-se terapêutica. Foi uma técnica comunicacional que se revelou eficaz, pois, ao ter sido permitido à familiar esta partilha de sentimentos, ficou mais esclarecida quanto à situação clínica do doente, pedindo para permanecer mais um pouco junto ao marido e ficando mais calma.

Naquela altura, senti que tinha conseguido estabelecer uma relação de confiança com a familiar do doente, sendo que, no dia seguinte, o doente ainda se encontrava no SO de adulto e a esposa, quando o foi visitar, aproximou-se de mim para pedir novamente informações. A confiança é, assim, considerada uma condição para o desenvolvimento da relação do cuidar. Segundo Lourenço *et al.* (2011), para que a relação de confiança aconteça, esta pressupõe dois intervenientes: por um lado, o enfermeiro e, por outro, o doente e família. Assim sendo, não só o enfermeiro tem de estar disponível para que esta relação tão importante se estabeleça, como é imprescindível que o doente e família demonstrem interesse e estejam também disponíveis para colaborar e confiar no enfermeiro e na qualidade da sua prestação de cuidados. Todo o stress e medos associados à hospitalização, a um novo estado de dependência, foram substancialmente reduzidos através do estabelecimento de uma relação de confiança, neste caso, com a esposa do doente. A confiança possui, assim, um papel decisivo na construção e implementação das intervenções e obtenção de resultados (Pupulim & Sawada, 2002).

Importa salientar que também os enfermeiros precisam de estar dispostos e envolvidos para estabelecer essa relação, compreendendo que é primordial reconhecer o doente como objeto central do cuidado e não passivo a ele (Broca & Ferreira, 2012). É através da comunicação nas suas mais variadas formas - verbal (linguagem falada e/ou escrita), não-verbal (ações ou movimentos do corpo) e paraverbal (tom de voz, ritmo, suspiros e períodos de silêncio) - que nos permitimos estar disponíveis para o doente e família e para o estabelecimento da

relação de confiança, assumindo a comunicação um papel de instrumento de significância humanizadora (Gonçalves, 2018).

Na verdade, a comunicação é alvo de uma constante evolução, devendo esta ser uma condição sempre presente na prática diária do exercício da profissão. Nem sempre é fácil comunicar com os doentes, porque muitas vezes não sentimos da parte deles abertura para que se estabeleça uma relação de confiança. Os doentes são cada vez mais exigentes e críticos relativamente aos cuidados de saúde, exigindo saber o porquê de se realizar determinada intervenção ou terapêutica, o que gera habitualmente nos enfermeiros algum desconforto, principalmente quando o doente é muito apelativo (Pereira, 2008). No entanto, todo o indivíduo tem direito a participar nas decisões que digam respeito à sua saúde, conforme descrito no direito 10º, sobre o direito ao consentimento, da Carta dos Direitos e Deveres do Doente.

Experiei esta situação no SO de adulto com um doente de 78 anos com uma insuficiência cardíaca descompensada. Estava consciente e orientado em tempo, espaço e pessoa, sempre muito apelativo com toda a equipa. Questionava muitas vezes a terapêutica que estava a cumprir e comparava com a terapêutica que cumpria no domicílio, não compreendendo que naquela situação de descompensação da sua insuficiência cardíaca de base era necessária uma otimização terapêutica, por isso não coincidia com a que habitualmente cumpria.

Na minha primeira abordagem ao doente, ele mostrou-se algo hostil, provavelmente fruto da não aceitação do seu estado atual de descompensação a nível cardíaco. Senti necessidade de refletir com o tutor sobre a situação para que os melhores cuidados fossem assegurados ao doente. Ao colocar-me no lugar do doente, pude perceber que era essencial demonstrar-lhe que compreendia as suas preocupações e angústias relacionadas com uma sensação de mal-estar neste contexto urgente. Estabeleci, desta forma, empatia com o doente que, segundo Terezam, Reis-Queiroz & Hoha (2017), é a habilidade de se colocar no lugar das pessoas, para que se possa visualizar e sentir na mesma perspetiva do outro as suas experiências. Senti ainda que o facto de ter adotado uma postura mais bem-disposta, descontraída e disponível para o doente, comunicando com assertividade e transmitindo de forma precisa e clara as informações, revelou-se essencial para que o doente compreendesse a sua situação, pudesse ser ouvido nas suas dúvidas e angústias e permanecesse mais calmo. Como refere Pereira

(2008), o calor humano é comunicação e enriquece comportamentos facilitadores da comunicação como o respeito, genuinidade e empatia, elementos imprescindíveis para a construção de uma relação de ajuda.

Para além disso, percebi que outro fator que contribuiu para que o doente ficasse mais calmo foi a presença do filho. Depois da minha primeira abordagem com o doente, tive oportunidade de falar com o filho, esclarecê-lo e referir que o pai se encontrava ansioso relativamente a um possível internamento no serviço de cardiologia para compensação da insuficiência cardíaca. O facto de o filho estar presente, de eu conseguir posteriormente falar com os dois em conjunto quanto à terapêutica administrada e esclarecer quanto ao possível internamento foi crucial para que, tanto o doente como o familiar, recebessem o apoio e esclarecimento necessários. De acordo com Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015), o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa e família em situação crítica exige que os enfermeiros sejam capazes de conciliar de forma harmoniosa a mestria da tecnologia e a arte do cuidar.

Esta presença crucial do familiar numa situação clara de stress do doente relativamente a um possível internamento levou-me a refletir sobre a problemática com que me deparei no SU relativamente aos acompanhantes e visitas, pois, atualmente, não se encontra instituído qualquer horário que permita o acompanhamento dos doentes em situação crítica. Na Lei n.º 15/2014 sobre os Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, o artigo 12.º relativo ao direito ao acompanhamento refere que “Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”

De acordo com Galinha de Sá *et al.* (2015), a família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar. Porém, é frequentemente um desafio para os enfermeiros a satisfação das suas necessidades em contextos críticos. É claro que, para além da atitude que o enfermeiro tem que ter, também a família tem um papel a adotar. Ou seja, também a família tem de estar disponível para ser apoiada e apoiar o doente. Não é de forma alguma benéfica uma visita quando a família, ao estar presente, contribui para o aumento do stress e medo do doente.

Embora sejam claros os benefícios adquiridos com o doente acompanhado no SU, este possui uma estrutura física e organizacional que, muitas vezes, não

se torna compatível com a presença de acompanhantes e visitas. No entanto, torna-se imprescindível a sensibilização das equipas para o benefício da presença de acompanhantes e visitas para que se proceda à organização espacial das unidades e organização temporal por parte das equipas. Os doentes podem, assim, usufruir do seu direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento do serviço.

Desta forma, após reflexão com o tutor, orientadora, responsável do serviço e outros colegas no SU, foi claro o benefício para o doente, para os familiares e para a equipa da instituição de um horário de visitas de forma a dar o devido apoio à célula familiar perante uma situação crítica. Desta forma, elaborei uma proposta de projeto de intervenção (APÊNDICE II), que aguarda implementação, e uma proposta de procedimento interno para o SU, a implementar primeiramente no SO de adulto, intitulado "Acompanhamento e Visitas a doentes adultos no Serviço de Urgência", que aguarda parecer do conselho de administração do hospital, mas que foi extremamente bem acolhida pelo tutor, pelos colegas, pelo enfermeiro chefe e restantes elementos da equipa multidisciplinar do SU.

Com este estágio, considero que adquiri competências na área de gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e família face à complexidade do seu estado de saúde, gestão da relação terapêutica perante a pessoa e família, desenvolvendo competências na área de assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

3. CONCLUSÃO

O enfermeiro cuida da pessoa numa visão holística ao longo de cada etapa do ciclo vital. A abordagem ao doente em situação crítica implica competências específicas, visto que, inerente à sua componente de instabilidade e falência orgânica iminente, requer uma resposta rápida, eficaz, estruturada e fundamentada.

Fernandes, Gomes, Martins, Gomes e Gonçalves (2015) referem que a evidência teórica e prática do significado da família para a saúde e o bem-estar dos seus membros, assim como a influência sobre a doença, impulsionam e obrigam os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de cuidados de Enfermagem. Segundo Camelo (2012), o enfermeiro necessita de mobilizar competências profissionais específicas, permitindo-lhe desenvolver as suas funções de forma eficaz e eficiente, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, conseqüentemente, a qualidade na prestação dos cuidados.

A excelência do cuidar advém de um percurso capaz de promover o desenvolvimento de competências cimentadas na aprendizagem decorrente das experiências da vida, na motivação individual, na capacidade crítica e reflexiva e na componente humana. Neste sentido, o estágio demonstrou-se fundamental no processo de formação, uma vez que, ao serem proporcionados âmbitos diferentes de prestação de cuidados nos campos de estágio, isso permitiu-me a vivência de experiências diversificadas que possibilitaram a aprendizagem, a construção e aquisição de saberes e de competências específicas numa abordagem multidimensional ao doente e família em situação crítica.

Durante o estágio na UCI, foi possível desenvolver competências técnicas, reflexivas, comunicacionais, relacionais, de gestão de situações complexas, debruçando-me sobre a temática do *delirium* no doente crítico. Embora diversos autores estejam de acordo quanto ao facto de o *delirium* ser altamente prevalente nas UCI, acarretando conseqüências nefastas ao doente e família, esta é uma

realidade que permanece consideravelmente sub-diagnosticada nestas unidades (Pitrowsky *et. al.*, 2010). Assim sendo, como forma de despertar a consciência da equipa multidisciplinar da UCI para a problemática do *delirium*, e como contributo para o serviço, realizei uma ação formativa relativamente à prevenção do *delirium*, enfatizando os fatores modificáveis pelos enfermeiros. Considero que atingi o objetivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar, disponibilizando um trabalho escrito como contextualização teórica para esta problemática real da UCI, bem como os diapositivos da ação formativa, com vista a uma prática de cuidados baseada na prevenção do *delirium*.

Sinto que uma das principais dificuldades associadas a este período de estágio na UCI foi o contacto com a família. Já que o horário estipulado de visitas nesta unidade era restrito a apenas dois períodos diários de 30 minutos cada, o trabalho a desenvolver com a família ficou aquém das minhas expectativas pela limitação de tempo. No entanto, foi um estágio que se revelou imensamente enriquecedor pela própria complexidade da UCI, ambiente muito próprio pela variedade de casos clínicos, implicando uma atualização da evidência científica de forma a poder dar resposta às necessidades exigidas pelo serviço, doentes e famílias.

O facto de ter tido a oportunidade de realizar um período de observação no SMI permitiu-me comparar e vivenciar realidades diferentes, aprofundando a problemática do *delirium* no doente crítico através da partilha de experiências e saberes com a equipa multidisciplinar e da participação no *workshop* "Sedação, Analgesia e *Delirium*". Relativamente à temática da família, no SMI, o horário de visitas é alargado ao período de oito horas contínuas, permitindo um acompanhamento mais personalizado e centrado nos familiares, constatando ser uma preocupação da equipa multidisciplinar o envolvimento da família no processo de cuidar do doente em situação crítica. Como refere Verdes (2015), é no seio familiar que se inicia o processo de promoção da saúde e prevenção da doença.

Relativamente ao estágio no SU, foi o campo de estágio que me despertou mais interesse na abordagem ao doente crítico pela imprevisibilidade e especificidade associadas, ultrapassando as expectativas iniciais. Os períodos de observação na sala de emergência, bem como a prestação de cuidados diferenciados no SO de Adulto permitiram-me o desenvolvimento de

competências: técnico-científicas e de gestão de cuidados, exigidas pela necessidade de mobilização rápida de conhecimentos e prestação de cuidados prioritizados e eficientes; e comunicacionais, pelo contacto com o doente e família que vivencia uma situação crítica. Foi, assim, o período de estágio onde pude contactar e apoiar a família, identificando como sugestão de melhoria no SU o acompanhamento dos doentes. Como contributo para o serviço, desenvolvi, após reunião com o tutor, orientadora e enfermeiro responsável do serviço, uma proposta de projeto de intervenção, baseado nas vivências durante o período de estágio no SU e da constatação da relevância para os doentes do acompanhamento próximo por parte dos familiares. Ademais, a Lei n.º 15/2014 sobre os Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, no artigo 12.º relativo ao direito ao acompanhamento, defende que “Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”. Desta forma, é promovido o acompanhamento dos familiares dos doentes, projeto a ser implementado primeiramente no SO de adulto. Uma vez que se trata de uma das valências do SU onde os doentes críticos permanecem durante mais tempo, tanto o doente como a família necessitam de uma intervenção mais especializada e direcionada dos cuidados de enfermagem. Será um projeto no qual continuarei a trabalhar, implementando-o e fazendo o seu acompanhamento no SU, uma vez que se trata de uma proposta desenvolvida na mesma instituição onde exerço funções. Tudo isto com o objetivo de procedimentar o acompanhamento dos doentes no SU, estendendo-se, futuramente, a todo o serviço.

Durante a realização do estágio, o tempo pareceu escasso, tendo sentido, por vezes, receio em ver atingidos os objetivos definidos. No entanto, considero que a minha motivação, aliada à capacidade de relacionamento interpessoal, capacidade de reflexão e trabalho em equipa, contribuíram fortemente para o sucesso neste percurso. Ademais, a disponibilidade demonstrada pelos tutores e pela orientadora que, apesar da distância, se manteve sempre presente no acompanhamento deste estágio, proporcionou o desenvolvimento e a aquisição de competências fundamentais para a abordagem de enfermagem ao doente crítico.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestre em Enfermagem, considero que a experiência proporcionada nos campos de estágio contribuiu para o meu processo de crescimento, tanto a nível pessoal, como profissional, dotando-me de capacidades e conhecimentos mais aprofundados e específicos na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no cuidar do doente e família em situação crítica. A aprendizagem através da análise da minha prática profissional, refletindo na resolução de problemas reais, revelou-se uma metodologia eficaz, no sentido em que se confirma que o aprender para mudar e melhorar é deveras motivador.

Todo este período de estágio e de realização do relatório foi imprescindível para que pudesse refletir e atualizar a minha prática diária, capacitando-me para uma resposta adequada às questões éticas, às de responsabilidade profissional e àquelas relacionadas com a gestão da qualidade dos cuidados do doente em situação crítica, sempre com vista ao objetivo *major*: a prestação de cuidados de excelência.

Em suma, foi-me possível, assim, ao longo de todo este percurso, alcançar a importância indubitável das competências específicas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em toda a sua magnitude. Permitiu-me, efetivamente, definir uma estruturada e eficiente resposta ao doente e família em situação crítica, incrementando conhecimentos, inovando práticas, contatando com outras realidades. Assim, levar todos estes ganhos para o meu local de trabalho assume-se como um compromisso claro, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo por base a evidência científica e uma prática de enfermagem avançada.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alves, C. (2012). *O impacto do ruído na qualidade de vida dos enfermeiros de cuidados intensivos*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa).
- ✓ Bacalhau, L. (2014). *Cuidar Centrado na Dignidade*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- ✓ Baldissera, A.; Bellini, L.; Ferrer, A.; Barreto, M.; Coimbra, J.; Marcon, S. (2018). Perspectiva de Profissionais de Enfermagem sobre a Morte na Emergência. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, P.1317-1334.
- ✓ Bastos, R.; Quintana, A.; Carnevale, F. (2018). Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. *Trends in Psychology*, P.795-805.
- ✓ Batista, T. (2012). *A Morte Inesperada no Serviço de Urgência: Um Olhar ao Vivido pelos Enfermeiros*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Bernardo, A.; Monteiro, C.; Simões, C.; Ferreira, C.; Pires, C.; Pinto, C.; Carvalho, L.; Capelas, M.; Alvarenga, M.; Sapeta, P.; Neves, S.; Pereira, S. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.
- ✓ Blom, L.; Petersson, P.; Hagell, P.; Westergren, A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR), Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*, P.530-535.
- ✓ Broca, P.; Ferreira, M. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.93-103.

- ✓ Broca, P.; Ferreira, M. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem: fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, P.467-474.
- ✓ Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-am Enfermagem*, P.1-9.
- ✓ Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, P.91-101.
- ✓ Cardoso, R. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde*. (Tese de Mestrado Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Cardoso, S. (2011). *Da Prevenção e Controlo da Infecção a um Cuidado de Excelência*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- ✓ Carta dos Direitos do Doente Internado, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Christofel, H.; Madeiras, J.; Bertolini, S.; Oliveira, J. (2016). Análise do nível de ruído em unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Rene*, P.553-560.
- ✓ Coelho, S.P.; Pinho-Reis, C.; Capelas, M.; Sá, L. (2018). Avaliação cognitiva de pacientes em cuidados paliativos: estudo piloto. *Investigación en Enfermería: Imagen Y Desarrollo*.
- ✓ Coelho, S.; Simões, S.; Mello, R.; Capelas, M. (2018). Papel da terapia sistémica familiar no paciente oncológico terminal: Revisão Integrativa. *Patient Care*, P.36-42.
- ✓ Costa, A. (2012). *Abordagem de Enfermagem ao Doente Crítico*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto).
- ✓ Costa, C.; Costa, L.; Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista de Bioética*, P.368-373.
- ✓ Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), ONU.
- ✓ Dell'Acqua, M.; Tome, L.; Popim, R. (2013). O Processo de Trabalho em Urgência e Emergência em Interface com a Morte. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, P.1149-1159.

- ✓ Faria, R.; Moreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.137-147.
- ✓ Faustino, T.; Pedreira, L.; Silva, R.; Freitas, Y. (2016). Conhecimentos E Práticas da Equipe de Enfermagem para Prevenção e Monitorização do *Delirium* em Idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, P.1-10.
- ✓ Fernandes, C.; Gomes, J.; Martins, M.; Gomes, B.; Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, P.21-30.
- ✓ Ferreira, A. (2011). *A adesão dos enfermeiros na adopção das medidas de precaução padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- ✓ Ferreira, G.; Aragão, A.; Oliveira, P. (2017). Síndrome de *burnout* na enfermagem hospitalar/intensivista: o que dizem os estudos?. *SANARE*, P.100-108.
- ✓ Figueira, A. (2013). *Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Urgência: A Higienização das Mãos*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal).
- ✓ Fonseca, L. (2011). *Diagnóstico de Morte Cerebral*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Coimbra).
- ✓ Fontes, C.; Menezes, D.; Borgato, M.; Luiz, M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.1148-1154.
- ✓ Gil, M.; Montesinos, M.; Llor, A.; Bas, M.; Soler, M. (2017). Avaliação de duas Escalas de Medição de Cargas de Trabalho pelos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, P.18-30.
- ✓ Galinha de Sá, F.; Botelho, M.; Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, P.31-46.
- ✓ Galvão, A.; Valfreixo, M.; Esteves, M. (2015). Processo Comunicacional na Transmissão de Más Notícias: Revisão da Literatura. *Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*, P.247-262.

- ✓ Gonçalves, J. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. (Tese de Mestrado, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora).
- ✓ Gonçalves, S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Guimarães, C.; Dourado, M. (2013). Privacidade do Paciente: Cuidados de Enfermagem e Princípios Éticos. *Estudos*, P.447-460.
- ✓ Hartmann, S.; Wagner, G. (2015). Instrumentos de Avaliação do Delirium em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Hospitalar*, P.2-18.
- ✓ Kotfis, K.; Marra, A.; Ely, E. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, P.128-140.
- ✓ Junior, V.; Gutterres, D.; Corrêa, L.; Ajovedi, G.; Souza, M. (2018). Cuidados Paliativos em Pacientes Terminais: Conhecimentos de estudantes de medicina. *Cuidados Paliativos*, P.68-75.
- ✓ Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1ª série N.º57, 2127-2131.
- ✓ Lima, P.; Sabino, K.; Gouveia, M.; Avelino, F.; Fernandes, M. (2015). Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão. *Investig. Enferm. Imagem Desarr.*, P.51-65.
- ✓ Lourenço, C.; Pinto, A.; Pereira, C.; Fonseca, C.; Nunes, I.; Almeida, M.; Mendes, O.; Tolleti, G.; Lopes, M.; Gândara, M. (2011). Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, P.3-13.
- ✓ Lucas, J. (2012). *Decisão de Não Reanimar um Doente em Cuidados Intensivos- Vivências dos Enfermeiros*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- ✓ Luna, A.; Entringer, A.; Silva, R. (2016). Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, P.1-5.

- ✓ Martins, M.; Agnés, P.; Sapeta, P. (2012). *Fim de Vida no Serviço de Urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. (Revisão Sistemática da Literatura, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).
- ✓ Mendonça, M. (2011). *O delirium no doente de cuidados intensivos*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu).
- ✓ Mendonça, S. (2018). *Desenvolvendo Competências Especializadas no Cuidado ao Doente Crítico: a Transversalidade do Controlo da Infeção*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal).
- ✓ Mesquita, A.; Carvalho, E. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*, P.1127-1136.
- ✓ Mesquita, M. (2015). *Delirium no Doente Internado em Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- ✓ Mineiro, T. (2016). *A Promoção do Conforto da Pessoa em Situação Crítica: A intervenção especializada do enfermeiro no controlo do ruído*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa).
- ✓ Moreira, A. (2017). *Um Cuidar Especializado e Transcultural do Doente Crítico*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto).
- ✓ Moura, A. (2017). *A pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem Terapêutica dos Profissionais de Saúde*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- ✓ Muniz, L.; Stroppa, M. (2009). Desconfortos dos pacientes internados na UTI, quanto a poluição sonora. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, P.56-62.
- ✓ Nogueira, C. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde).
- ✓ Norma nº 001 de 08 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, DGS.
- ✓ Norma nº 533 de 2 de dezembro (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 233.

- ✓ Oliveira, P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018), Código Deontológico do Enfermeiro, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa.
- ✓ Palu, L.; Labronici, L.; Albini, L. (2004). A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, P.33-41.
- ✓ Pereira, J.; Barradas, F.; Sequeira, R.; Marques, M.; Batista, M.; Galhardas, M.; Santos, M. (2016). *Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, P.29-36.
- ✓ Pereira, N. (2008). *Comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência*. (Tese de Mestrado, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa).
- ✓ Pires, S. (2016). *Exposição Ocupacional ao Ruído em Unidades de Cuidados Intensivos numa Unidade Hospitalar da Grande Lisboa*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa).
- ✓ Pitrowsky, M.; Shinotsuka, C.; Soares, M.; Lima, M.; Salluh, J. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.274-279.
- ✓ Pontes, A.; Leitão, I.; Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.312-318.
- ✓ Pott, F.; Stahlhoefer, T.; Felix, J.; Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.174-179.
- ✓ Prado, R.; Leite, J.; Silva, I.; Silva, L.; Castro, E. (2018). Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.2121-2129.
- ✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (2007), Lisboa.

- ✓ Pupulim, J.; Sawada, N. (2002). O Cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: uma questão Ético-Moral. *Rev. Latino-am Enfermagem*, P.433-438.
- ✓ Queiroz, D.; Souza, J. (2012). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicólogo informação*, P.103-126.
- ✓ Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na Perspectiva do Enfermeiro*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- ✓ Ribeiro, R.; Pompeo, D.; Pinto, M.; Ribeiro, R. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paul Enfermagem*, P.216-223.
- ✓ Salluh, J.; Pandharipande, P. (2012). Prevenção do *delirium* em pacientes críticos: um recomeço?. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.1-3.
- ✓ Santos, A.; Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica. *ResearchGate*, P.1-34.
- ✓ Severino, R.; Saiote, E.; Martinez, A.; Deodato, S.; Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, P.3-13.
- ✓ Silva, A. (2007). *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto Faculdade de Medicina, Porto).
- ✓ Silva, A.; Queiroz, L.; Freitas, L.; Faria, H. (2011). O trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse e a satisfação. *Ciência et Praxis*, P.19-26.
- ✓ Silva, J.; Soares, R.; Costa, F.; Ramos, D.; Lima, F.; Teixeira, L. (2015). Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.125-133.
- ✓ Silva, N. (2014). *Ruído Hospitalar: Implicações no Bem-Estar do Doente*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Visei, Escola Superior de Saúde de Viseu).
- ✓ Sousa, D.; Soares, E.; Costa, K.; Pacífico, A.; Parente, A. (2009). A Vivência da Enfermeira no Processo de Morte e Morrer dos Pacientes Oncológicos. *Texto Contexto Enferm*, P.41-47.
- ✓ Souza, J.; Júnior, J.; Miranda, F. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, P.107-116.

✓ Souza, R.; Bersaneti, M.; Siqueira, E.; Meira, L.; Brumatti, D.; Prado, N. (2017). Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, P.1-5.

✓ Teixeira, L.; Veloso, L.; Ribeiro, I.; Oliveira, T.; Cortez, A. (jul.-dez. 2017). Estresse ocupacional na enfermagem atuante na unidade de terapia intensiva. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, P.195-211.

✓ Terezam, R.; Reis-Queiroz, J.; Hoha, L. (2017). A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, P.697-698.

✓ Verdes, F. (2015). *A Família como Parceira nos Cuidados*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa).

APÊNDICES

**APÊNDICE I - AÇÃO DE FORMAÇÃO: *Delirium*, uma problemática real e
presente na UCI**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Estágio Final e Relatório – Unidade de Cuidados Intensivos

***Delirium*, uma problemática real e presente na UCI:
contextualização teórica**

Estudante: Bárbara Lais Baptista de Azevedo
Sob orientação de: Prof^a Doutora Patrícia Coelho

Porto, outubro 2018

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	69
2. DESENVOLVIMENTO	70
2.1. Definição de <i>delirium</i>	70
2.2. Tipos de <i>delirium</i>	72
2.3. Fatores de Risco: fatores predisponentes e precipitantes	72
2.4. Instrumentos de Avaliação do <i>delirium</i>	73
2.5. Prevenir o <i>delirium</i>: fatores modificáveis	77
3. CONCLUSÃO	82
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	85
APÊNDICE I - Plano de Ação de Formação "Prevenir o <i>Delirium</i> no doente em situação Crítica"	86
APÊNDICE II - Diapositivos da Ação de Formação "Prevenir o <i>Delirium</i> no doente em situação crítica"	88

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i>	74
FIGURA 2 - <i>Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)</i>	75
FIGURA 3 - <i>Intensive Care Delirium Screening Checklist (ISCSC)</i>	76

1. INTRODUÇÃO

A admissão numa UCI é geralmente um acontecimento inesperado, sendo um ambiente caracterizado pela alta tecnologia, monitorização e tratamento de alterações ameaçadoras a vida, tendo o objetivo major da manutenção da estabilidade fisiológica do doente.

As alterações mentais são consideradas por vários investigadores situações urgentes pela incapacidade que provocam. O *delirium* é usualmente conhecido como estado confusional agudo, considerado como uma condição multifatorial que compreende distúrbios em diversos domínios do sistema nervoso central (Lôbo, Filho, Lima, Ferriolli, & Moriguti, 2010). Segundo Faria e Moreno (2013), o *delirium* constitui uma síndrome subdiagnosticada, estando associado a consequências nefastas, como a auto-extubação, remoção de cateteres e outros dispositivos invasivos, tempo prolongado em ventilação mecânica e consequente aumento do tempo de internamento na unidade, afetando 80% dos doentes admitidos nas UCI. De acordo com Porter e McClure (2013), foram relatados valores na ordem dos 22% aos 81,7% relativamente à prevalência do *delirium* nos doentes internados em UCI.

Uma vez que o doente crítico se encontra exposto a vários fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium*, importa promover a implementação de medidas de prevenção. Neste sentido, pela sua proximidade com o doente, é o enfermeiro que possui um papel fundamental na avaliação e identificação do *delirium*. Por serem detentores de competências específicas na área da criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros, os enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica devem estar despertos na identificação e prevenção do *delirium*.

Assim, surge a elaboração do presente trabalho, inserido no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante a realização de estágio na UCI. Ao deparar-me com uma realidade onde a temática do *delirium* não é abordada pelos profissionais, nem de todo valorizada, após reunir com a tutora e a orientadora, a realização desta contextualização teórica sobre o "*Delirium*, uma problemática real e presente na UCI", teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar da UCI para esta problemática.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Definição de *delirium*

A palavra "*delirium*" deriva do latim *deliro-delirare*, de-lira, que significa "estar fora do lugar", utilizado no sentido de "estar confuso, perturbado, fora de si" (Lôbo *et. al.*, 2010). Este termo foi utilizado pela primeira vez na literatura médica por Celso no século I d.C., com o intuito de descrever alterações mentais durante episódios febris ou de traumatismo craniano. Hipócrates já em 500a.C. utilizava vários termos, entre eles o termo "frenite", para descrever uma síndrome caracterizada por início agudo de alterações comportamentais, distúrbios de sono e déficits cognitivos, associados por vezes à febre. James Sims, no final do século XVIII, publicou um artigo onde diferenciava *delirium* de loucura, embora o seu significado tenha permanecido ambíguo até ao início do século XIX. Já no século XX, no sentido de melhor compreender a fisiologia e patogénese do *delirium*, foram iniciadas variadas pesquisas, destacando-se os trabalhos de Romano e Engle. Concluiu-se que o *delirium* se tratava de um transtorno ao nível da consciência e que dependia da quebra da homeostase cerebral (Pires, 2018).

Embora a semelhança entre os termos "delírio" e "*delirium*" seja notória do ponto de vista da sonoridade das palavras, importa fazer a sua distinção. Segundo Cerqueira (2015), o delírio constitui uma alteração relacionada com a formação de juízos, tratando-se de um erro no processo de ajuizar que tem origem na doença mental. É, assim, uma falsa crença baseada numa inferência incorreta relativamente à realidade externa, sendo sempre mantida independentemente das crenças de todos e apesar da existência de provas incontestáveis e óbvias em contrário.

O *delirium* é definido, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association* (DSM-5 – 2014), como um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção; implica uma alteração na cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação da perceção que não é melhor explicada por uma demência pré-existência ou em evolução; a perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (horas a dias) e tende a flutuar ao longo do dia; existem evidências de que a perturbação é causada diretamente por uma condição médica.

Para haver o diagnóstico de *delirium*, importa salientar a existência de critérios definidos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association* (DSM-5 – 2014):

A. Perturbação da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da **consciência** (menor orientação para o ambiente).

A atenção do indivíduo é vaga, o que implica que, por vezes, as perguntas tenham que ser repetidas, ou a pessoa não seja capaz de mudar o seu foco de atenção perante uma nova pergunta. É facilmente distraída por estímulos irrelevantes. A perturbação na consciência é manifestada por uma orientação reduzida ao ambiente e/ou até para si mesmo.

B. A perturbação desenvolve-se num **curto período tempo** (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo do dia. Por vezes, o quadro piora ao entardecer e à noite, coincidindo com o momento em que diminuem os estímulos externos de orientação.

C. Perturbação adicional na cognição (por exemplo, déficite de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou perceção).

D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.

A capacidade de avaliar a cognição para o diagnóstico de *delirium* está dependente da existência de um nível de excitação suficiente para a resposta à estimulação verbal. Assim sendo, o *delirium* não deverá ser diagnosticado em contexto de coma. Devem ser reconhecidos estados de baixo nível de excitação de início agudo como indicadores de desatenção grave e mudança cognitiva, diagnosticando-se, assim, *delirium*.

E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância, de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

2.2. Tipos de *delirium*

Existem três subtipos de *delirium*: hipoativo, hiperativo e misto. O doente que apresenta um *delirium* hipoativo caracteriza-se por uma atividade psicomotora que pode estar acompanhado de lentidão e letargia, aproximando-se do estupor. É o sub-tipo com maior incidência (60% dos casos), porém não é facilmente reconhecido, pois não se caracteriza por sinais clássicos de agitação (Souza *et. al.* 2017). Está associado a um pior prognóstico, pelo maior risco de infeções, aparecimento de úlceras de pressão e outras complicações relacionadas com a imobilidade do doente.

No *delirium* hiperativo, o doente caracteriza-se por um estado de hiperalerta, apresentando um nível hiperativo de atividade psicomotora que pode ser acompanhado de oscilação de humor, agitação e/ou recusa na cooperação com os cuidados que lhe são prestados. Está habitualmente relacionado a alto risco para quedas. O *delirium* hiperativo na sua forma pura é relativamente rara, menor que 5% dos casos (Luna, Entringer & Silva, 2016).

Quanto ao *delirium* misto, o doente que o apresenta possui um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da perceção, podendo o nível de atividade oscilar rapidamente.

Para além destes, importa salientar o conceito de *delirium* subsindromático. É definido pela presença de alguns sintomas de *delirium*; no entanto, o quadro apresentado pelo doente não cumpre todos os critérios, não evoluindo para o diagnóstico clínico de *delirium* (Moreno & Faria, 2013).

2.3. Fatores de risco: fatores predisponentes e precipitantes

O *delirium* é normalmente uma condição multifatorial (Pires, 2018). Em alguns casos, pode ser desencadeado por um fator isolado, sendo que, aí, o reconhecimento e eliminação ou minimização desse fator poderá ser suficiente para prevenir/tratar a ocorrência de *delirium* (Mesquita, 2015). Porém, é mais comum a inter-relação entre fatores predisponentes e fatores precipitantes, sendo que os efeitos dos diversos fatores de risco parecem ser cumulativos (Lôbo *et. al.*, 2010). Convém sublinhar que os fatores de risco do *delirium* dos doentes internados na UCI são diferentes dos fatores de risco a que os mesmos estão sujeitos nos mais diversos serviços hospitalares (Pires, 2018).

A adoção desta classificação e diferenciação entre fatores predisponentes e precipitantes surgiu no sentido de compreender a contribuição dos diversos fatores de risco na etiopatogénese multifatorial desta síndrome (Pires, 2018).

Os fatores predisponentes são aqueles que estão relacionados com o estado basal do doente e respetivas comorbilidades. Por norma, estão já presentes no momento da admissão e não são, geralmente, modificáveis.

Os fatores precipitantes estão relacionados com o contexto hospitalar do doente, ou seja, com o seu estado de doença aguda e o seu tratamento. Correspondem, assim, a fatores que se instalam durante o internamento e poderão ser, em muitos casos, reversíveis.

2.4. Instrumentos de avaliação do *delirium*

A maioria dos casos de *delirium* na UCI permanece não diagnosticada (Kotfis, Marra & Ely, 2018). O subdiagnóstico, do ponto de vista clínico, implica um não reconhecimento de um problema, impossibilitando a imediata tomada de medidas terapêuticas (Luna, Bridi & Silva, 2015). Assim, a avaliação do *delirium* torna-se imprescindível e a aplicação de um instrumento de avaliação é a peça-chave para que a identificação do quadro seja rapidamente efetuada e se possa proceder ao tratamento adequado (Souza *et. al.* 2017).

Esta dificuldade em diagnosticar o *delirium* surge principalmente nos doentes que estão em ventilação mecânica (Carvalho, Almeida & Gusmão-Flores, 2013). Desta forma, o instrumento de avaliação ideal será aquele que permita a avaliação do *delirium* em doentes que não verbalizam ou que estejam intubados sob ventilação mecânica (Souza *et. al.*, 2017).

Com o objetivo de facilitar o diagnóstico de *delirium* no doente em situação crítica foram desenvolvidas diversas ferramentas:

✓ *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM – ICU)*

Confusion Assessment Method (CAM) é um instrumento psicométrico de avaliação do *delirium*. Foi criado em 1990 por Inouye *et al.* com o objetivo de proporcionar uma identificação rápida e exata do *delirium* em contexto clínico (Sampaio, 2012). Ely *et al.*, em 2001, realizaram um estudo para avaliar a eficácia do CAM, adaptando-o a doentes incapazes de se expressarem verbalmente e que se encontravam internados na UCI. Os autores validaram no mesmo ano o

método CAM-ICU para doentes em ventilação mecânica, tendo sido diagnosticado *delirium* em 83,3% dos doentes (Hartmann & Wagner, 2015) (Pitrowsky, Shinotsuka, Soares, Lima & Salluh, 2010).

A CAM-ICU (Fig.1) constitui a primeira ferramenta validada para a avaliação de *delirium*, tendo sido desenvolvida especificamente para doentes de UCI. É aplicada pelos profissionais à beira do leito, implica tempo reduzido para a sua aplicação e exige treino mínimo dos profissionais que a utilizam.

Trata-se de uma escala que avalia 4 itens: 1 - início agudo ou curso fluutuante; 2 - inatenção; 3 - nível de consciência alterado; 4- pensamento desorganizado.



Fig. 1 - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM – ICU) - Fonte: Moreno & Faria 2013

Para a aplicação da CAM-ICU, implica, primeiramente, a aplicação da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) - Fig.2. Trata-se de uma escala de 10 pontos que varia de +4 a -5, na qual uma pontuação RASS de 0 indica um paciente calmo e desperto. As pontuações RASS de -4 e -5 são consideradas estados de coma e, dados estes valores, o doente em estado comatoso não pode ser avaliado relativamente ao *delirium*. Todos os outros doentes que obtenham pontuação entre -3 e +4 podem ser avaliados em relação ao *delirium* (Pires, 2018).

Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Rua e remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos desajustados frequentes, briga com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou violentos
0	Alerta e calmo	
-1	Soleto	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Desperta precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fig. 2 - *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* - Fonte: Moreno & Faria, 2013

Alguns autores, como é o caso de Carvalho *et. al.* (2013), definem como limitação da CAM-ICU o facto de apenas possibilitar a realização do diagnóstico, não se conseguindo estabelecer uma correlação com a gravidade do quadro apresentado pelo doente.

✓ *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)*

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (Fig.3) é uma escala de estratificação de *delirium*, podendo ser utilizada para estabelecer o diagnóstico de *delirium*, caracterizando-se por uma fácil e rápida aplicação (Carvalho *et. al.* 2013). Para além de permitir avaliar diversos sinais de *delirium*, elucida ainda relativamente à subsíndrome de *delirium* (Pires, 2018).

É um instrumento de avaliação que se baseia nos critérios de diagnóstico do *delirium* definidos pelo DSM-IV, bem como aspetos adicionais de *delirium* que poderão ser introduzidos na avaliação diária na prática do enfermeiro. Esta escala permite atribuir um ponto por cada item, quando presente uma manifestação óbvia do *delirium*, para uma pontuação máxima total de oito pontos, tendo em consideração as seguintes dimensões: alteração do nível de consciência; desatenção; desorientação; alucinação, ilusão ou psicose; agitação ou lentificação psicomotora; discursos ou humor inadequados; alteração do ciclo sono/vigília; flutuação dos sintomas (Pires, 2018).

Relativamente à pontuação, 0 corresponde ao doente alerta e calmo, sem *delirium*; 1-3 corresponde ao *delirium* subsindromático; mais de 4 pontos até a um máximo de 8, o doente com *delirium*.

1. Alteração do nível de consciência (A) sem resposta ou (B) necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta, significa uma alteração grave no nível de consciência impedindo a avaliação. Se houver coma (A) ou estupor (B) a maior parte do período de tempo, então um traço (-) é introduzido e não há qualquer avaliação adicional durante esse período. (C) sonolência ou exigência de leve a moderada estimulação para uma resposta, implica uma alteração do nível de consciência e pontua 1. (D) vigília ou a dormir, mas facilmente despertável é considerado normal e pontua 0. (E) hipervigilância é classificada como um nível de consciência anormal e pontua 1.
2. Desatenção dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções; facilmente distraído por estímulos externos; dificuldade em mudar o foco. Qualquer destes estados pontua 1.
3. Desorientação qualquer erro evidente no tempo, lugar ou pessoa. Pontua 1.
4. Alucinação, ilusão ou psicose inequívoca manifestação clínica de alucinação ou de comportamento provavelmente devido a alucinação (por exemplo, tentar pegar um objecto inexistente) ou ilusão. Qualquer um destes pontua 1.
5. Agitação ou lentificação psicomotora hiperactividade exigindo o uso adicional de sedativos ou contenção física a fim de controlar o perigo potencial para o próprio ou para os outros (por exemplo, retirando acessos venosos, agressão aos profissionais); hipoactividade ou lentificação psicomotora clinicamente perceptível. Qualquer um destes pontua 1.
6. Discurso ou humor inadequados discurso inapropriado, desorganizado ou incoerente; emoções demonstradas desadequadas relativamente ao evento ou situação. Qualquer um destes pontua 1.
7. Alteração do ciclo sono/vigília dormir menos de 4h ou acordar com frequência durante a noite (não considerar despertar iniciado pelos profissionais ou ambiente barulhento); dormir durante a maior parte do dia. Qualquer destes pontua 1.
8. Flutuação dos sintomas flutuação nas manifestações de qualquer item ou sintoma durante 24 horas (por exemplo, de um turno para outro). Pontua 1.

Fig. 3 - *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)* - Fonte: Pires, 2018

✓ *Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)*

Trata-se de uma escala de avaliação do *delirium* que pontua 5 dimensões das características essenciais do *delirium*: orientação, comportamento, comunicação, percepções e atividade psicomotora.

Num estudo de Abelha, Veiga, Norton, Santos & Gaudreau (2013) foi validada a versão em língua portuguesa (Brasil) da escala *Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)* para uso em ambientes de terapia intensiva. É um instrumento de avaliação com tempo de preenchimento de um minuto, que permite a avaliação do *delirium* ao longo das 24h. Uma vez que são os enfermeiros que mais contactam com os doentes, a aplicação desta escala por estes profissionais permite a imediata identificação e posterior tratamento do *delirium*, diminuindo a duração e gravidade do quadro (Abelha *et. al.*, 2013).

2.5. Prevenir o *delirium*: fatores modificáveis

Segundo Moreno e Faria (2013), a prevenção do *delirium* é considerada a forma mais eficaz de reduzir a sua incidência, implicando a compreensão dos fatores de risco predisponentes e precipitantes. Torna-se, assim, fundamental intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis com vista à segurança do doente internado na UCI, através da diminuição da vulnerabilidade dos doentes com risco de desenvolvimento de *delirium* (Pereira *et. al.*, 2016). O objetivo é identificar precocemente a disfunção, determinando-se as suas causas, possibilitando a identificação de fatores de risco modificáveis e o planeamento de intervenções junto com a equipa multidisciplinar (Souza *et. al.*, 2017). Algumas pequenas intervenções podem tornar o ambiente da UCI menos inóspito (Pitrowsky *et. al.*, 2010). Para além disso, e dado que o *delirium* em ambiente de cuidados intensivos é maioritariamente multifatorial, a sua abordagem preventiva deverá ser abrangente com vista à tentativa de minimizar os vários fatores de risco (Mesquita, 2015).

De acordo com os vários autores que se debruçaram sobre esta problemática, foram elencados os seguintes fatores modificáveis pelos enfermeiros, reunidos após consulta de diversa bibliografia relativa à temática abordada:

✓ Nutrição e Hidratação

Segundo Pereira *et. al.* (2016), os enfermeiros devem introduzir a alimentação pela via oral sempre que possível, adaptando o tipo de dieta à condição e às preferências dos doentes, evitando ao máximo a alimentação por sonda nasogástrica. Isto porque se verificou que a incidência de *delirium* nos doentes em situação crítica era maior nos que se encontravam entubados nasogastricamente. Para além disso, revelou-se essencial a manutenção da higiene e hidratação da mucosa oral.

✓ Promover o Controlo de Infeções

Segundo Pereira *et. al.* (2016), também a presença de infeções pode constituir um fator de risco modificável no que toca ao desenvolvimento de *delirium*. Torna-se, assim, crucial que os profissionais de saúde respeitem, cumpram e façam cumprir os princípios gerais da prevenção e controlo de

infecções, nomeadamente a higienização das mãos. Aliás, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é detentor de competências específicas nesta área, sendo que a sua prática visa maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2011).

✓ Visita de familiares

O suporte familiar é também um fator de risco independente para o desenvolvimento de *delirium*. Os doentes apresentam maior risco de desenvolver *delirium* quando o apoio familiar é pobre. (Pereira *et. al.*, 2016)

Desta forma, é através do contacto com a família que o doente pode conseguir alguma estabilidade emocional para se adaptar convenientemente a toda esta realidade tão própria, como a UCI (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes & Gonçalves, 2015). O contacto com a família é, assim, considerado um fator de proteção relativamente ao risco de desenvolver *delirium*.

Durante o processo de internamento, impõe-se ao doente e à família uma súbita e inesperada separação que poderá eventualmente conduzir a uma rutura na rede/estrutura familiar. Todas as regras inerentes a este serviço, para além de imporem um distanciamento com os familiares, provocam uma rutura com as próprias rotinas e vivências do quotidiano do doente (Baião, 2017).

Pela sua proximidade com o doente, é o enfermeiro que melhor poderá proporcionar esta ligação tão importante com a família, promovendo e facilitando as visitas de familiares. Como nos diz Mesquita, (2015), as pessoas mais próximas dos doentes devem ser encorajadas a visitá-los e a comunicar com eles.

✓ Compensar défices sensoriais

Podem existir entraves relacionados com a comunicação que impeçam o doente de reconhecer a necessidade dos cuidados que lhe estão a ser prestados, contribuindo para o aparecimento de *delirium*, o que poderá resultar em agitação e falta de colaboração com os cuidados de enfermagem. As barreiras mais comuns incluem o défice auditivo e visual, agravado pela não utilização de próteses que colmatem estes mesmos défices (Mesquita, 2015).

Segundo Pereira *et. al.* (2016), os défices sensoriais não compensados (défice visual e/ou auditivo) foram também identificados como fator modificável no aparecimento do *delirium*. Os enfermeiros devem, assim, proporcionar sempre

que possível a utilização de próteses visuais e auditivas, nos doentes previamente dependentes destes dispositivos, melhorando a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente, prevenindo o desenvolvimento de *delirium*.

✓ Preservar o ciclo de sono-vigília

De acordo com Moreno e Faria (2013), os doentes admitidos na UCI têm maior propensão alteração no ciclo sono-vigília e conseqüente redução da qualidade do sono, com fragmentação e outros distúrbios do sono. No ambiente de cuidados intensivos, os fatores de risco para o *delirium*, assim como distúrbios do sono são frequentes, muitas vezes com causas farmacológicas, como benzodiazepinas e propofol, que diminuem o sono de ondas lentas e REM (*rapid eye movement*), com uma conseqüente grave fragmentação do sono.

Mesquita (2015) afirma que poderá ser necessário modificar o ambiente da UCI, frisando a importância de minimizar o ruído e luminosidade, particularmente à noite, de forma a promover a restauração do ciclo circadiano dos doentes. Também Moreno e Faria (2013) referem a redução do ruído, a redução à exposição da luz artificial no período noturno e otimização da temperatura ambiental como estratégias para preservar o ciclo sono-vigília.

✓ Gerir administração de fármacos

Nas unidades de cuidados intensivos, os doentes são expostos a diferentes procedimentos invasivos, dos quais poderão resultar desconforto, ansiedade, medo e dor. Na grande maioria das vezes, associa-se a terapêutica farmacológica como forma de complementar e de certa forma atenuar os efeitos adversos dos procedimentos invasivos no doente (Pires, 2018).

No sentido de prevenir o *delirium*, realizar diariamente e de forma coordenada tentativas de respiração espontâneas, evitando a administração de benzodiazepinas, constitui uma componente essencial na gestão da terapêutica com sedativos, podendo ter resultados positivos significativos no que toca à melhoria da função cerebral (Mesquita, 2015).

Com o objetivo de minimizar a ansiedade do doente crítico, as equipa utilizam muitas vezes a sedação profunda. A sedação é largamente utilizada em UCI, principalmente nos doentes em ventilação mecânica, com o intuito de promover o conforto e facilitar a adaptação ao ventilador (Shinotsuka & Salluh,

2013). Porém, esta utilização de sedativos de forma ilimitada, está associada ao aumento do tempo de internamento devido ao excesso de sedação. Pires (2018) afirma que metodologias terapêuticas sedativas inadequadas, como o caso do excesso de sedação, poderão acarretar inúmeras consequências para o doente internado, aumentando os sintomas de *delirium*.

De acordo com Moreno e Faria (2013), relativamente à sedação e à analgesia, a utilização de fármacos associados ao desenvolvimento de *delirium*, como as benzodiazepinas (midazolam e lorazepam), deverá ser evitada. Optar por fármacos que se associam à redução da prevalência de *delirium* como os alfa2-agonistas (por exemplo, a dexmedetomidina) deverá ser o caminho.

Embora com vários efeitos secundários documentados como hipotensão, hipertensão e bradicardia, a dexmedetomidina não provoca depressão respiratória significativa, permitindo sedar o doente, mas mantê-lo facilmente despertável e colaborante nos cuidados de enfermagem (McLaughlin & Merik, 2016).

Foram realizados vários estudos que comparam especificamente o *delirium* em doentes sob sedação com benzodiazepinas com doentes sob sedação com dexmedetomidina. Verificou-se que, durante cinco dias, os doentes em estudo passavam em média mais quatro dias sem *delirium* comparativamente aos doentes medicados durante o mesmo período de tempo com lorazepam. Já comparando a dexmedetomidina com o midazolam, doentes medicados com esta benzodiazepina apresentavam uma prevalência de *delirium* 23% superior aos doentes medicados com a dexmedetomidina (Mesquita, 2015). Também Faustino (2014) afirma que a a dexmedetomidina tem sido sugerida como opção às benzodiazepinas, associando-se a sua utilização e tempo reduzido de ventilação mecânica e a uma menor mortalidade.

Porém, convém referir que, segundo Mesquita (2015), uma das causas mais frequentes de agitação na UCI prende-se com um controlo inadequado da dor. Nestes casos, o doente com dor pode ser confundido com doente com *delirium*, sendo medicado com sedativos ao invés de medicação analgésica.

Diversos estudos defendem que os opióides têm um efeito protetor no que diz respeito ao desenvolvimento de *delirium* quando são utilizados para tratar e controlar a dor. No entanto, quando administrados em doses para provocar sedação poderão aumentar exponencialmente o risco de *delirium* (Mesquita, 2015).

Relativamente às medidas farmacológicas, no tratamento do *delirium*, o haloperidol (antipsicótico de primeira geração) tem sido largamente utilizado nos últimos anos para o tratamento do *delirium*. No entanto não existe evidência comprovada da redução do quadro de *delirium* (Moreno & Faria, 2013).

✓ Posicionar o doente, promover oxigenoterapia adequada e aspiração de secreções eficaz

A seditação pode condicionar a ocorrência de hipoventilação que, por sua vez, leva à retenção de CO². Isto poderá conduzir à necessidade de instituir ventilação mecânica, apresentando-se a hipercápnia como um fator de risco para a ocorrência de *delirium* (Pereira *et. al.*, 2016).

Dado que a hipercápnia poderá ser um fator modificável relativamente ao desenvolvimento do quadro de *delirium*, os enfermeiros poderão adotar os seguintes procedimentos: posicionar adequadamente os doentes de acordo com a sua situação; promover o conforto e uma respiração eficaz, mantendo uma saturação periférica adequada; aspirar secreções de forma eficaz e sempre que for necessário, incentivando a tosse (Pereira *et. al.*, 2016).

✓ Mobilização Precoce

De acordo com Mesquita (2015), a imobilização dos doentes internados noutras unidades que não a UCI foi identificada como fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*. A restrição física constitui-se um fator de risco para o *delirium*, podendo contribuir para a manutenção do quadro. Assim, o exercício em associação à mobilização precoce, por meio da terapia física e ocupacional diária é uma prática recomendada, tanto para a prevenção do *delirium*, como para redução da duração do quadro (Moreno & Faria, 2013). Também Park, Pires-Neto & Junior (2014) defendem a ideia de que a mobilização passiva e ativa precoce se associou com uma independência funcional mais precoce. A mobilização poderá iniciar-se com exercícios ativos no leito, até exercícios na posição sentada, em pé e durante a deambulação. Tudo isto contribui para uma redução significativa na incidência do doente.

3. CONCLUSÃO

Existe consenso na literatura de que o *delirium* é altamente prevalente e que a sua ocorrência está associada a elevada morbidade, mortalidade, aumento do período de internamento e aumento dos custos de internamentos. Apesar destes dados, o *delirium* permanece consideravelmente sub-diagnosticado nas unidades de cuidados intensivos (Pitrowsky *et. al.*, 2010).

A avaliação do *delirium* em contexto de UCI torna-se, assim, imprescindível, constituindo uma responsabilidade multidisciplinar. É necessário que as UCI's possuam políticas de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium*, no sentido de se intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis, diminuindo a suscetibilidade dos doentes ao desenvolvimento de *delirium*.

A prevenção é, assim, a peça chave, sendo considerada a forma mais eficaz de reduzir a incidência de *delirium*. Uma vez que o diagnóstico de *delirium* é efetuado com base em elementos de ordem clínica e escalas de avaliação e tem geralmente uma origem multifactorial, é imperativa a compreensão da epidemiologia do *delirium* e dos seus fatores de risco, predisponentes e precipitantes, por parte de toda a equipa multidisciplinar. A partir deste conhecimento, está criada a base para uma implementação de medidas preventivas eficazes, salvaguardando que as medidas não farmacológicas deverão ser sempre implementadas, quer na prevenção, quer no próprio tratamento do *delirium*.

Em todo este contexto, e dada a evidência clara do risco de *delirium* nos doentes críticos nestas unidades específicas, os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, têm responsabilidade acrescida: ao possuírem competências específicas, cabe-lhes a responsabilidade da criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, assim como da sensibilização das equipas e estabelecimento de estratégias que contribuam para a diminuição da ocorrência do *delirium*. Só assim estará assegurada a qualidade e excelência dos cuidados prestados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Abelha, F.; Veiga, D.; Norton, M.; Santos, C.; Gaudreau, J. (2013). Avaliação do delírio em pacientes pós-operatórios: validação da versão portuguesa da *Nursing Delirium Screening Scale* na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, P.450-455.
- ✓ Carvalho, J.; Almeida, A.; Gusmão-Flores, D. (2013). Escalas de avaliação de *delirium* em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.148-154.
- ✓ Cerqueira, G. (2015). *Delirium e Delírio*. (O Portal dos Psicólogos).
- ✓ Faria, R.; Moreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.137-147.
- ✓ Faustino, A. (2014). *Abordagem do Delirium no Doente Crítico*. (Relatório Final de Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. EPE, Amadora).
- ✓ Faustino, T.; Pedreira, L.; Silva, R.; Freitas, Y. (2016). Conhecimentos E Práticas da Equipe de Enfermagem para Prevenção e Monitorização do *Delirium* em Idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, P.1-10.
- ✓ Fernandes, C.; Gomes, J.; Martins, M.; Gomes, B.; Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, P.21-30.
- ✓ Hartmann, S.; Wagner, G. (2015). Instrumentos de Avaliação do Delirium em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Hospitalar*, P.2-18.
- ✓ Kotfis, K.; Marra, A.; Ely, E. (2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, P.128-140.
- ✓ Lôbo, R.; Filho, S.; Lima, N.; Ferriolli, E.; Moriguti, J. (2010). *Delirium*. *Medicina*, Ribeirão Preto, P.249-257.
- ✓ Luna, A.; Bridi, A.; Silva, R. (2015). Delirium em Terapia Intensiva – Um Estudo Retrospectivo. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, P.69-75.
- ✓ Luna, A.; Entringer, A.; Silva, R. (2016). Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, P.1-5.

- ✓ McLaughlin, M.; Marik, P. (2016). Dexmedetomidine and delirium in the ICU. *Annals of Translational Medicine*, P.224.
- ✓ Mesquita, M. (2015). *Delirium no Doente Internado em Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa.
- ✓ Park, M.; Pires-Neto, R.; Junior, A. (2014). Despertar, exercitar, sentar-se, deambular e extubar: uma mudança nos paradigmas para pacientes mecanicamente ventilados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.203-204.
- ✓ Pereira, J.; Barradas, F.; Sequeira, R.; Marques, M.; Batista, M.; Galhardas, M.; Santos, M. (2016). *Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, P.29-36.
- ✓ Pires, L. (2018). *Delirium no doente crítico: fatores precipitantes*. (Relatório Final de Estágio Profissional, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança).
- ✓ Pitrowsky, M.; Shinotsuka, C.; Soares, M.; Lima, M.; Salluh, J. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.274-279.
- ✓ Porter, R.; McClure, J. (2013). Sedation and delirium in the intensive care unit. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, P.22-26.
- ✓ Sampaio, F. (2012). *Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto).
- ✓ Shinotsuka, C.; Salluh, J. (2013). Percepções e práticas sobre *delirium*, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P.155-161.
- ✓ Souza, R.; Bersaneti, M.; Siqueira, E.; Meira, L.; Brumatti, D.; Prado, N. (2017). Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, P.1-5.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Plano da Ação de Formação "Prevenir o *Delirium* no doente em situação crítica"

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Final e Relatório – Unidade de Cuidados Intensivos

Plano da Ação de Formação

Título da Formação: Prevenir o <i>Delirium</i> no doente em situação crítica		Preletor: Enf ^a Bárbara Azevedo		
Local: Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos		Data e hora: 16 de outubro de 2018 14h30		
Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios para a problemática do <i>delirium</i> no doente em situação crítica.				
Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Material de Apoio	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir <i>delirium</i> e subtipos de <i>delirium</i>; ✓ Enumerar os fatores de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i>; ✓ Demonstrar a aplicação da escala <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i> para identificação precoce do <i>delirium</i> no doente em situação crítica; ✓ Identificar os fatores modificáveis pelos enfermeiros para a prevenção do <i>delirium</i> no doente em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição de <i>delirium</i>; ✓ Subtipos de <i>delirium</i>; ✓ Fatores de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i>: fatores predisponentes e precipitantes; ✓ Instrumentos de avaliação do <i>delirium</i>; ✓ Fatores modificáveis pelos enfermeiros para a prevenção do <i>delirium</i> no doente em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expositivo/ Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador e projetor 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questões ao grupo de formação

APÊNDICE II - Diapositivos da Ação de Formação "Prevenir o *Delirium* no doente em situação crítica"

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório – Unidade de Cuidados Intensivos

Prevenir o *Delirium* no doente em situação crítica



Profª Patrícia Coelho
Enfª Bárbara Azevedo

16 de outubro de 2018

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o *delirium* no doente em situação crítica

Sumário

- Definição de *delirium*;
- Tipos de *delirium*;
- Fatores de risco: fatores predisponentes e precipitantes;
- Instrumentos de avaliação do *delirium*;
- Fatores modificáveis – Prevenir o *delirium*.

1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírio no doente em situação crítica

Delirium

A prevalência do *delirium*, segundo os números do National Institute for Health and Care Excellence (2014):

- ✓ 30% nas enfermarias de doentes do foro médico;
- ✓ 50% nas enfermarias de doentes do foro cirúrgico;
- ✓ **UCI – 60% nos doentes em respiração espontânea; 80% nos doentes sob ventilação mecânica.**

O *delirium* é uma emergência médica cujo sucesso depende da doença aguda, dos antecedentes clínicos do doente e da celeridade no diagnóstico e tratamento.

1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírio no doente em situação crítica

Delirium

- ✓ aumento do tempo de hospitalização;
- ✓ aumento do tempo de dependência da ventilação mecânica;
- ✓ aumento dos custos hospitalares;
- ✓ aumento das taxas de mortalidade intra-hospitalares;
- ✓ após a alta – prolongam-se em muitos casos alterações cognitivas, emocionais e funcionais de longa duração.

11º Curso de Pós-graduação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Cirurgia Geral e Pediatria
Promover e otimizar os cuidados em situação crítica

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- ✓ Desenvolve uma prática baseada nas mais recentes evidências;
- ✓ Detém competências específicas na área da criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros;
- ✓ Mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Promoção de cuidados de excelência

11º Curso de Pós-graduação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Cirurgia Geral e Pediatria
Promover e otimizar os cuidados em situação crítica

Delirium

- Latim **“deliro-delirare, de-lira”**, que significa “estar fora do lugar”
- Termo utilizado na literatura médica pela primeira vez por **Celso no séc. I d.C.** – descrever alterações mentais durante episódios de febre ou traumatismo craniano
- **Hipócrates em 500 a.C.** – **“frenite”**, termo para descrever uma síndrome composta por início agudo de alterações comportamentais, distúrbios do sono e défices cognitivos.



- Séc. XVIII James Sims – diferença entre *delirium* e loucura
- Séc. XX – pesquisas para melhorar o entendimento da fisiopatologia e patogénese do *delirium* – Romano e Engle
- *Delirium*: transtorno do nível de consciência e que dependia da quebra da homeostase cerebral.



Delirium - Definição

É um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção; implica uma alteração na cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação da perceção que não é melhor explicada por uma demência pré-existência ou em evolução; a perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (horas a dias) e tende a flutuar ao longo do dia; existem evidências de que a perturbação é causada diretamente por uma condição médica.

(Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da
American Psychiatric Association DSM-5 – 2014)

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Delirium

Critérios de diagnóstico

(Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association DSM-5 – 2014)

- A. Perturbação da atenção** - capacidade reduzida para direcionar, focar, manter e mudar a atenção) **e da consciência** (menor orientação para o ambiente).
- B. Curto período de tempo** (normalmente de horas a poucos dias) - representa uma mudança da atenção e da consciência básicas e tende a oscilar quanto a gravidade ao longo de um dia.
- C. Perturbação adicional na cognição** - por exemplo, défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou perceção).
- D. As perturbações dos Critérios A e C não são explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento** e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
- E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância.**

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Tipos de Delirium

HIPOATIVO	- Doentes letárgicos, hipoalerta; - Maior risco de infeções e úlceras de pressão.
HIPERATIVO	- Doentes agitados, hiperalerta; - Maior risco de quedas.
MISTO	- Características flutuantes entre o delírium hipo e hiperativo.


Delirium subsindromático: definido pela presença de alguns sintomas de delirium, não cumprindo o quadro todos os critérios para o diagnóstico.

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírio no doente em situação crítica

Fatores de Risco

- O *delirium* é normalmente uma condição multifatorial;
- Em alguns casos pode ser desencadeado por um fator isolado, mas é mais comum a inter-relação entre fatores predisponentes e fatores precipitantes.

FATORES PREDISPOENTES	FATORES PRECIPITANTES
<ul style="list-style-type: none">- Relacionados com o estado basal do doente e respetivas comorbilidades;- Não são, geralmente, modificáveis;- Estão, frequentemente, presentes já no momento de admissão.	<ul style="list-style-type: none">- Relacionados com o contexto hospitalar do doente (doença aguda e o seu tratamento);- Poderão ser reversíveis;- Correspondem a fatores instalados durante o internamento.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírio no doente em situação crítica

FATORES PREDISPOENTES

- ✓ Défice cognitivo pré-existente/demência;
- ✓ Idade avançada;
- ✓ Episódio prévio de *delirium*;
- ✓ Depressão;
- ✓ Pluripatologia ou doença grave;
- ✓ Déficits sensoriais;
- ✓ História de abuso de substâncias e/ou álcool;
- ✓ Doença terminal.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

FATORES PRECIPITANTES

- Doenças agudas: infeções, febres, AVC, trauma, epilepsia, neoplasia;
- Procedimentos cirúrgicos;
- Utilização de equipamentos invasivos: sonda vesical, CVC;
- Distúrbios hidroeletrólíticos;
- Distúrbios metabólicos;
- Polimedicação;
- Stress emocional;
- Imobilização prolongada;
- Défices vitamínicos;
- Desidratação;
- Desnutrição;
- Anemia;
- Mudanças de ambiente;
- Privação de sono;
- Privação/sobrecarga sensorial.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Avaliação do Delirium

- ✓ **Peça-chave** para a identificação e tratamento do delirium;
- ✓ **Instrumento ideal:** aquele que permite a avaliação da disfunção em doentes que não verbalizam;
- ✓ Avaliar o delirium é essencial na prática clínica – **benefícios:** redução do tempo de hospitalização, redução de custos de internamento, da incidência de infeções e de complicações;
- ✓ **Papel do enfermeiro:** confere mais autonomia na implementação de intervenções não farmacológicas para prevenção e tratamento da disfunção;
- ✓ EUA e Canadá – enfermeiros são responsáveis pela avaliação do delirium.

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Rotatório
Presenir o delírium no doente em situação crítica

Instrumentos de Avaliação do Delirium

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

1. Alteração do nível de consciência
(A) sem resposta ou (B) necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta, significa uma alteração grave no nível de consciência impedindo a avaliação. Se houver coma (A) ou estupor (B) a maior parte do período de tempo, então um traço (-) é introduzido e não há qualquer avaliação adicional durante esse período.
(C) sonolência ou exigência de leve a moderada estimulação para uma resposta, implica uma alteração do nível de consciência e pontua 1.
(D) vigília ou a dormir, mas facilmente despertável é considerado normal e pontua 0.
(E) hipervigilância é classificada como um nível de consciência anormal e pontua 1.

2. Desatenção
Dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções; facilmente distraído por estímulos externos; dificuldade em mudar o foco. Qualquer destes estados pontua 1.

3. Desorientação
Qualquer erro evidente no tempo, lugar ou pessoa. Pontua 1.

4. Alucinação, ilusão ou psicose
Inequivoca manifestação clínica de alucinação ou de comportamento provavelmente devido a alucinação (por exemplo, tentar pegar um objeto inexistente) ou ilusão. Qualquer um destes pontua 1.

5. Agitação ou lentificação psicomotora
Hiperactividade exigindo o uso adicional de sedativos ou contenção física a fim de controlar o perigo potencial para o próprio ou para os outros (por exemplo, retirando acessos venozos, agressão aos profissionais); hipocactividade ou lentificação psicomotora clinicamente perceptível. Qualquer um destes pontua 1.

6. Discurso ou humor inadequados
Discurso inapropriado, desorganizado ou incoerente; emoções demonstradas desadequadas relativamente ao evento ou situação. Qualquer um destes pontua 1.

7. Alteração do ciclo sono/vigília
Dormir menos de 4h ou acordar sem frequência durante a noite (não considerar despertar iniciado pelos profissionais ou ambiente barulhento); dormir durante a maior parte do dia. Qualquer destes pontua 1.

8. Flutuação dos sintomas
Flutuação nas manifestações de qualquer item ou sintoma durante 24 horas (por exemplo, de um turno para outro). Pontua 1.

Pontuação
0: normal
1-3: delirium subsindromático
≥ 4: delirium

1. Alteração do nível de consciência
(A) sem resposta ou (B) necessidade de estimulação vigorosa de modo a obter qualquer resposta, significa uma alteração grave no nível de consciência impedindo a avaliação. Se houver coma (A) ou estupor (B) a maior parte do período de tempo, então um traço (-) é introduzido e não há qualquer avaliação adicional durante esse período.
(C) sonolência ou exigência de leve a moderada estimulação para uma resposta, implica uma alteração do nível de consciência e pontua 1.
(D) vigília ou a dormir, mas facilmente despertável é considerado normal e pontua 0.
(E) hipervigilância é classificada como um nível de consciência anormal e pontua 1.

2. Desatenção
Dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções; facilmente distraído por estímulos externos; dificuldade em mudar o foco. Qualquer destes estados pontua 1.

3. Desorientação
Qualquer erro evidente no tempo, lugar ou pessoa. Pontua 1.

4. Alucinação, ilusão ou psicose
Inequivoca manifestação clínica de alucinação ou de comportamento provavelmente devido a alucinação (por exemplo, tentar pegar um objeto inexistente) ou ilusão. Qualquer um destes pontua 1.

5. Agitação ou lentificação psicomotora
Hiperactividade exigindo o uso adicional de sedativos ou contenção física a fim de controlar o perigo potencial para o próprio ou para os outros (por exemplo, retirando acessos venozos, agressão aos profissionais); hipocactividade ou lentificação psicomotora clinicamente perceptível. Qualquer um destes pontua 1.

6. Discurso ou humor inadequados
Discurso inapropriado, desorganizado ou incoerente; emoções demonstradas desadequadas relativamente ao evento ou situação. Qualquer um destes pontua 1.

7. Alteração do ciclo sono/vigília
Dormir menos de 4h ou acordar com frequência durante a noite (não considerar despertar iniciado pelos profissionais ou ambiente barulhento); dormir durante a maior parte do dia. Qualquer destes pontua 1.

8. Flutuação dos sintomas
Flutuação nas manifestações de qualquer item ou sintoma durante 24 horas (por exemplo, de um turno para outro). Pontua 1.

Pontuação
0: normal
1-3: delirium subsindromático
≥ 4: delirium

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Instrumentos de Avaliação do *Delirium* *Nursing Delirium Screening Scale* (Nu-DESC)

Rev Bras Anestesiol. 2013;63(5):402-8

REVISTA
BRASILEIRA DE
ANESTESIOLOGIA

ELSEVIER

ARTIGO CIENTÍFICO

Avaliação do delírio em pacientes pós-operatórios: validação da versão portuguesa da *Nursing Delirium Screening Scale* na terapia intensiva[®]

Fernando Abelha^{1,2,3,*}, Dalila Veiga⁴, Maria Norton⁵, Cristina Santos⁶ e Jean-David Gaudreau^{1,2,7}

Avalia 5 dimensões das características essenciais do *delirium*: **orientação, comportamento, comunicação, percepções e atividade psicomotora.**

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)	0	1	2
1. Desorientação Manifestação verbal ou comportamental de desorientação espaço-temporal.			
2. Comportamento inadequado Comportamento inadequado face ao lugar e/ou para com a pessoa (ex.: tentativa de remoção de dispositivos invasivos, autolevante...).			
3. Comunicação Inadequada Comunicação inadequada face ao lugar e/ou para a pessoa (ex.: incoerência, falta de comunicação, discurso absurdo ou inteligível...).			
4. Ilusões/alucinações Ver ou ouvir coisas inexistentes no local; distorções visuais.			
5. Atraso psicomotor Reação atrasada, poucas ou nenhuma ações/palavras (ex.: quando estimulado, o doente tem uma resposta atrasada ou não consegue ser despertado).			

Legenda: 0 – não presente; 1 – presente ligeiro; 2 – presente moderado/severo
Pontuação: ≥ 2 até a um máximo de 10 pontos, presença de *delirium*.

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Nutrição e Hidratação → **Má nutrição e desidratação são fatores modificáveis**

- Consumo de água, adequada nutrição e manutenção de uma higiene da boca adequada, diminui a incidência de *delirium*;
- SNG – aumenta o risco de *delirium*.

NUTRICÃO



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Promover o Controlo de Infecções → **Presença de infeção é um fator modificável**

- Prestação de cuidados que respeitem os princípios gerais de prevenção e do controlo de infeções e fazê-los cumprir – higienização das mãos;
- Utilização dos adequados equipamentos de proteção individual;
- Individualização de materiais;
- Unidades de isolamento.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf. Sérgio Fiala e Relatário
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Visita de familiares → Promoção da visita de familiares é um fator modificável

- Os doentes têm risco acrescido de desenvolvimento de *delirium* quando o apoio familiar é pobre;
- Enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto do doente, podendo fazer ligação com a sua família;
- **Limitação:** horário de visita reduzida, dividido 2 períodos diários de 30min.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf. Sérgio Fiala e Relatário
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Compensar défices sensoriais → Défice visual e/ou auditivo não compensado é um fator modificável

- Enfermeiros devem favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas – melhoria da sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente;
- Permitir a visualização de fotografias, ouvir uma música que gostem;
- Orientação a partir da presença de objetos pessoais.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o Delirium

Preservar o ciclo de sono-vigília → Privação de sono é um fator modificável

- Adequar a luminosidade da unidade;
- Reduzir o ruído;
- Proporcionar um ambiente calmo e sereno;
- Utilizar objetos na unidade que identifiquem o momento do dia (ex.: relógio, calendário).

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o Delirium

Gerir administração de fármacos → Ação co dependente.

- Enfermeiros podem gerir a administração dos fármacos quando prescritos em SOS, tendo em conta o maior e menor risco no desenvolvimento de delirium;
- Administração de **benzodiazepinas** aumenta o risco de delirium – risco aumentado quando administrado em bólus comparativamente a perfusão contínua;
- **Propofol**: associado a risco de delirium – risco superior ao verificado com as benzodiazepinas;
- **Gestão da dor** – administração de medicação de resgate (doente com dor poderá ser confundido com doente com delirium).

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Posicionar o doente, promover oxigenoterapia adequada e aspiração de secreções eficaz

Hipercápnia é um fator modificável.

- A sedação pode condicionar a ocorrência de hipoventilação que, por sua vez, leva à retenção de CO₂;
- Posicionar adequadamente o doente de acordo com a sua situação clínica;
- Promover o conforto e uma respiração eficaz;
- Aspiração de secreções eficaz e sempre que necessário.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica

Fatores Modificáveis

Prevenir o *Delirium*

Mobilização Precoce

Imobilização é um fator modificável

- Restrição física constitui-se um fator de risco para o *delirium*, podendo contribuir para a manutenção do quadro;
- Mobilização precoce associada à terapia ocupacional, reduz significativamente a ocorrência de *delirium* – prática recomendada tanto para a prevenção, como para redução da duração do quadro;
- Níveis progressivos de mobilização, começando desde a mobilização ativa no leito até exercícios na posição sentada, em pé e durante a deambulação – tudo associado a interrupções na sedação (quando possível) ou redução gradual para o mínimo tolerado.

Estudos apontam para redução em 50% do tempo de estado de delírium.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica



Conclusão


- Consenso na literatura – o *delirium* é altamente prevalente e a sua ocorrência está associada a elevada morbidade, mortalidade, aumento do período de internamento, aumento dos custos;
- Prevenir é melhor do que tratar!
- Imprescindível a sua avaliação em contexto de UCI – responsabilidade multidisciplinar;
- UCI's – políticas de avaliação, prevenção e tratamento do *delirium*;
- Os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, têm responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro que contribua para a diminuição da ocorrência do *delirium*.

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica



Bibliografia

- Abelha, F.; Veiga, D.; Norton, M.; Santos, C.; Gaudreau, J. (2013). Avaliação do delírio em pacientes pós-operatórios: validação da versão portuguesa da *Nursing Delirium Screening Scale* na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, P. 450-455.
- Cabral, J.; Rocha, R.; Gouveia, V. (jul./dez. 2017). Diagnóstico de *Delirium* pelo Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, P. 169-178.
- Carvalho, J.; Almeida, A.; Gusmão-Flores, D. (2013). Escalas de avaliação de *delirium* em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P. 148-154.
- Faria, R.; Moreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, P. 137-147.
- Faustino, T.; Pedreira, L.; Silva, R.; Freitas, Y. (Vol. 30, nº3 – jul./set. 2016). Conhecimentos E Práticas da Equipe de Enfermagem para Prevenção e Monitorização do *Delirium* em Idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, P. 1-10.

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica 

Bibliografia

- Hartmann, S.; Wagner, G. (2015). Instrumentos de Avaliação do Delirium em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Hospitalar*, P. 2-18.
- Kotfis, K.; Marra, A.; Ely, E. (Vol.50, nº2 2018). ICU delirium — a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, P. 128-140.
- Luna, A.; Bridi, A.; Silva, R. (jan. 2015). Delirium em Terapia Intensiva – Um Estudo Retrospectivo. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, P. 69-75.
- Mesquita, M. (2015). *Delirium no Doente Internado em Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto)
- Pereira, J.; Barradas, F.; Sequeira, R.; Marques, M.; Batista, M.; Galhardas, M.; Santos, M. (Série IV - n.º 9 - abr/mai/jun. 2016). *Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, P.29-36.
- Pires, L. (2018). *Delirium no doente crítico: fatores precipitantes*. (Relatório Final de Estágio Profissional, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança)

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório
Prevenir o delírium no doente em situação crítica 

Muito Obrigada pela Vossa Atenção!

APÊNDICE II - Proposta de Projeto de Intervenção: Acompanhamento e Visitas a doentes adultos no Serviço de Urgência (SO)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio Final e Relatório – Serviço de Urgência

Proposta de Projeto de Intervenção
Acompanhamento e Visitas a doentes adultos no
Serviço de Urgência (SO)

Estudante: Bárbara Lais Baptista de Azevedo
Sob orientação de: Prof^ª Doutora Patrícia Coelho

Porto, janeiro 2019

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO.....	107
2. OBJETIVOS TRAÇADOS.....	110
3. PROPOSTA DE PROCEDIMENTO INTERNO.....	111
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
APÊNDICES.....	113
APÊNDICE I - Cronograma do Projeto.....	114
APÊNDICE II - Procedimento Interno.....	116

1. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO

O serviço de urgência, sendo uma unidade que se encontra interligada com todos os outros serviços, é simultaneamente um serviço independente, consequência dos cuidados diferenciados que presta. É a principal porta de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, sendo confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma grande variedade de patologias.

O ambiente que se vive num serviço de urgência é, assim, muito próprio, condicionando uma prática diferente de um serviço de internamento. Segundo a DGS (2001), é um serviço que realiza o atendimento de situações clínicas de estabelecimento súbito, não graves e graves, com risco de falência de funções vitais (urgência) e nas situações clínicas de compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (emergência).

O serviço de urgência é considerado por muitos como uma das realidades mais agressivas na prática da enfermagem. A sobrecarga de trabalho varia consoante o número de doentes, o respetivo estado clínico, rácio enfermeiro-doente e a hora a que recorrem. A enfermagem de urgência assegura cuidados a indivíduos de todas as idades, com alterações físicas ou psíquicas, necessitando de intervenções diferenciadas e imediatas, requerendo um saber personalizado.

Este contexto de urgência e emergência implica que o cuidado de enfermagem prestado à família da pessoa em situação crítica tenha características únicas e específicas, sendo exigido que o enfermeiro seja dotado de competências especializadas que lhe permitam ultrapassar os desafios emergentes da prática.

Nestas situações complexas e urgentes, impõe-se ao doente e à família uma súbita e inesperada separação que poderá eventualmente conduzir a uma rutura na rede/estrutura familiar. Todas as regras inerentes a este serviço, para além de imporem um distanciamento com os familiares, provocam uma rutura com as próprias rotinas e vivências do quotidiano do doente (Baião, 2017).

Sabe-se que a família é uma unidade básica da organização social e é nela que o indivíduo se forma como ser humano (Oliveira, 2011). Com uma hospitalização, neste caso específico, não programada, não só o indivíduo, mas toda a família experiencia sentimentos de ansiedade, de medo e de *stress*. A entrada no serviço de urgência é tida, não só como uma ameaça para a saúde,

mas também como um momento de incerteza sobre o tratamento, momento de desconforto, estar longe da sua rotina, perda da privacidade, ficando dependente de terceiros (Chambel, 2012).

Nestes locais, existem normas rígidas relativamente aos horários de visita que promovem uma separação doente-família significativa. Assiste-se a uma priorização dos cuidados ao doente crítico focado em aspetos técnicos ao doente como objeto e alvo do cuidado, sendo colocado para segundo plano o facto de aquele doente fazer parte de uma unidade familiar (Azira, Delgado-Hito, Martínez-Estalella, Lluch-Canut & Romero-García, 2018). A desejada humanização dos cuidados no caso particular dos serviços de urgência torna-se, assim, difícil de assegurar, uma vez que praticamente tudo se torna estranho e incómodo para o doente.

Perante uma situação crítica, o envolvimento da família é crucial na promoção da saúde do doente, podendo ser envolvida nos cuidados ao doente crítico. Como refere Verdes (2015), é no seio familiar que se inicia o processo de promoção da saúde e prevenção da doença. A partilha de saberes com a família poderá traduzir resultados positivos, tanto na qualidade dos cuidados, como na coesão da família.

Uma doença grave que represente ameaça à vida poderá levar a alterações emocionais e comportamentais que afetam o funcionamento de toda a célula familiar, provocando mudanças nas funções e própria dinâmica da família. Neste caso, a família também necessitará de cuidado e de conforto (Chambel, 2012).

De acordo com os Padrões de Qualidade de Enfermagem (OE, 2001), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).

Para que se assegure a prestação de cuidados de excelência ao doente e família em situação crítica, importa que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a necessidade que se impõe em envolver a família neste processo de saúde/doença. É tão importante cuidar do doente crítico, como da família que o visita. As intervenções de enfermagem são muitas vezes otimizadas se o alvo do processo de cuidados for toda a unidade familiar (OE, 2001).

A evidência é clara no que refere à atribuição do significado da família para a saúde e o bem-estar dos seus membros. A presença de um acompanhante junto de um doente no serviço de urgência poderá proporcionar tranquilidade e estabilidade emocional a ambos. Para além disso, pode ser um elemento gerador de confiança nos serviços, fazendo com que o doente aceite e cumpra as orientações prescritas (Chambel, 2012).

Segundo a Lei n.º 15/2014 sobre os Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, o Artigo 12.º relativo ao direito ao acompanhamento refere que “Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”

Embora sejam claros os benefícios adquiridos com o doente acompanhado no serviço de urgência, este possui uma estrutura física e organizacional que, muitas vezes, não se torna compatível com a presença de acompanhantes e visitas. No entanto, torna-se imprescindível a sensibilização das equipas para o benefício da presença de acompanhantes e visitas para que se proceda à organização espacial das unidades e organização temporal por parte das equipas. Os doentes podem, assim, usufruir do seu direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento do serviço.

Durante a realização do estágio no SU, identifiquei esta necessidade de acompanhamento dos doentes pelos familiares. Após reunião com o tutor, orientadora e responsável do SU, foi proposto um projeto de intervenção para estabelecimento de horário de visitas no SU, a ser implementado primeiramente no SO. É nesta valência do SU que se encontram os doentes críticos e onde estes permanecem por mais tempo, o que implica um acompanhamento mais personalizado por parte da equipa multidisciplinar, tanto do doente como da família.

2. OBJETIVOS TRAÇADOS

Para que se prestem cuidados de excelência, torna-se fulcral o envolvimento da família no cuidado ao doente crítico. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010).

As equipas de enfermagem devem ser sensibilizadas para a importância deste envolvimento na sua prática diária. A atitude dos enfermeiros e a disposição por eles demonstrada em dar o devido suporte e incluir as famílias nos cuidados de enfermagem influencia a qualidade dos encontros enfermeiros-família (Rodrigues, L. 2013). Para além disso, essa atitude é influenciada pela formação, pelo contexto e pela vivência de cada um (Fernandes, C. 2014).

Atualmente, na realidade do SU na instituição onde realizei estágio, não existe um horário de visitas, nem um acompanhamento personalizado aos familiares dos doentes admitidos em SO. As visitas estão sujeitas a autorização por parte dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e sempre que o serviço permita, para estarem com o seu familiar e esclarecerem alguma dúvida. Isto implica chamadas constantes para a sala de enfermagem por parte dos administrativos para autorizar a entrada de familiares, o que se torna pouco prático, pouco personalizado e até desgastante.

Desta forma, proponho o acompanhamento e visitas a doentes adultos no SU, primeiramente no SO, com estabelecimento de um horário de visitas. Para tal, defini como objetivos gerais:

- Promover o acompanhamento dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SO);
- Proporcionar informação à pessoa de referência de cada utente nos horários de visita estabelecidos e sempre que o quadro clínico o justificar.

Como **implicações para a prática de enfermagem**, com a elaboração de um procedimento interno, os profissionais estarão disponíveis nestes dois períodos diários para esclarecerem as famílias e darem o apoio necessário nesta nova situação crítica de saúde-doença do seu familiar. Será também uma forma de se organizar o dia de trabalho dos profissionais, uma vez que sabem *a priori* que em dois períodos diários estarão em contacto com os familiares.

3. PROPOSTA DE PROCEDIMENTO INTERNO

Após análise com o tutor, orientadora e responsável de serviço, e auscultação junto de alguns elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência, proponho dois períodos diários de visita no SO, cada um com a duração de 30 minutos: o primeiro período das 11h às 11h30; o segundo período das 18h às 18h30.

Seguidamente, apresento as diretrizes para a admissão do utente no serviço de urgência (SO), bem como os direitos e deveres do acompanhante.

Admissão do utente no SU (SO)

- Efetuar acolhimento;
- Preencher contato(s) da(s) pessoa(s) de referência;
- Informar sobre o horário de visitas;
- Fornecer cartão de acompanhante.

Direitos e Deveres do Acompanhante

O Acompanhante tem o **direito** a:

- Permanecer junto do seu familiar entre as 11h às 11h30 e das 18h às 18h30, sempre que possível para a unidade de serviço;
- Colaborar na prestação de cuidados ao seu familiar com o apoio e orientação do enfermeiro.

O Acompanhante tem o **dever** de:

- Anunciar ao enfermeiro a sua entrada e saída da unidade do doente;
- Manter o cartão de acompanhante sempre visível;
- Permanecer junto do seu familiar apenas, com uma postura e comportamento adequados;
- Respeitar a privacidade dos outros doentes e acompanhantes;
- Sair da unidade do doente sempre que a equipa de saúde o solicite;
- Manter o telemóvel desligado ou em modo silencioso.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Azira, L.; Delgado-Hito, P.; Martínez-Estalella, G.; Lluch-Canut, T.; Romero-García, M. (2018). Implementation of the evidence for the improvement of nursing care to the critical patient's family: a Participatory Action Research. *BMC Health Services Research*, P.1-9.
- ✓ Baião, J. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde Politécnico de Leiria, Leiria).
- ✓ Chambel, E. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Fernandes, C. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem - Aprendendo com o family nursing game*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto).
- ✓ Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.
- ✓ Oliveira, P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa.
- ✓ Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- ✓ Verdes, F. (2015). *A Família como Parceira nos Cuidados*. (Tese de Mestrado, Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma do Projeto

Cronograma do Projeto

Atividades	Período temporal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Reunir com tutor, orientadora de estágio e enfermeiro responsável do Serviço de Urgência.						
Apresentar a proposta de Projeto de Intervenção à equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência.						
Implementar os dois períodos diários de visitas no Serviço de Urgência (SO).						
Avaliar a adequação dos períodos de visitas junto dos familiares e equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência.						
Analisar os dados obtidos.						
Elaborar um procedimento interno relativo à implementação de horário de visitas no serviço de urgência (SO), segundo as normas preconizadas pela instituição.						

APÊNDICE II – Procedimento Interno

	Tipo de Documento: Procedimento	Referência do documento:		
	Nome: Horário de Visitas do Serviço de Urgência (SO)	Serv	Nº	Rev
	Distribuído a: Todo o Serviço de Urgência			

1. OBJECTIVO: Promover o acompanhamento dos doentes adultos que recorre ao Serviço de Urgência (SO).

2. ÂMBITO: Unidade curricular "Estágio Final e Relatório", inserida no 3º semestre do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3. RESPONSABILIDADE: Bárbara Laís Baptista de Azevedo, sob a orientação pedagógica pela Profª Doutora Patrícia Coelho.

4. REFERÊNCIAS:

- ✓ Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

5. DEFINIÇÕES:

De acordo com os Padrões de Qualidade de Enfermagem (OE, 2001), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).

Para que se assegure a prestação de cuidados de excelência ao doente e família em situação crítica, importa que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a necessidade que se impõe em envolver a família neste processo de saúde/doença. É tão importante cuidar do doente crítico, como da família que o visita. As intervenções de enfermagem são muitas vezes otimizadas se o alvo do processo de cuidados for toda a unidade familiar (OE, 2001).

Segundo a Lei n.º 15/2014 sobre os Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde, o Artigo 12.º relativo ao direito ao acompanhamento refere que "Nos serviços de

urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”

6. DESCRIÇÃO DAS ACÇÕES:

6.1 Admissão do utente no serviço de urgência (SO):

- Efetuar acolhimento;
- Preencher contato(s) da(s) pessoa(s) de referência;
- Informar sobre o horário de visitas (11h-11h30; 18h-18h30);
- Fornecer cartão de acompanhante.

6.2 O Acompanhante tem o direito de:

- Permanecer junto do seu familiar entre as 11h às 11h30 e das 18h às 18h30, sempre que possível para a unidade de serviço;
- Colaborar na prestação de cuidados ao seu familiar com o apoio e orientação do enfermeiro.

6.3 O Acompanhante tem o dever de:

- Anunciar a sua entrada e saída da unidade do doente ao enfermeiro;
- Manter o cartão de acompanhante sempre visível;
- Permanecer junto do seu familiar apenas, com uma postura e comportamento adequados;
- Respeitar a privacidade dos outros doentes e acompanhantes;
- Sair da unidade do doente sempre que a equipa de saúde o solicite;
- Manter o telemóvel desligado ou em modo silencioso.

7. DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

8. OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Aguarda parecer da Administração.