



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Assistência à Pessoa em Situação Crítica: Desenvolvimento de Competências Especializadas

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Por

Filipe José Rodrigo Freixedelo

Porto, junho de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Assistência à Pessoa em Situação Crítica: Desenvolvimento de Competências Especializadas

Assistance of the Critically ill patient: Development of Specialized Skills

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Por

Filipe José Rodrigo Freixedelo

Sob orientação

Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto, junho de 2023

RESUMO

Inserido no plano do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na subárea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem - Porto da Universidade Católica Portuguesa, realizaram-se dois estágios no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, sendo o presente documento o reflexo do percurso realizado, através da análise crítica e reflexiva, das atividades de maior relevância realizadas ao longo dos estágios, para o processo de aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para o Enfermeiro Especialista. O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica (UCI-CT) e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) entre o dia 5 de setembro de 2022 a 17 de dezembro de 2022.

No primeiro capítulo foram abordadas as competências adquiridas no estágio realizado em Serviço de Urgência na Unidade Curricular “A pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” do primeiro ano. Aprofundou-se conhecimentos na organização das salas de trauma, tendo realizado uma instrução de trabalho para sistematização de cuidados e atendimento ao doente vítima de trauma.

Posteriormente é feito um enquadramento das atividades realizadas durante a unidade curricular “Estágio Final e Relatório” tendo por base os objetivos específicos previamente delineados, integrando os mesmos nas competências comuns do Enfermeiro Especialista. Na prática profissional ética e legal, refletiu-se sobre a tomada de decisão ética, respeitando crenças e valores da pessoa doente; os dilemas éticos, particularmente na suspensão do suporte ventilatório e hemodinâmico, percebendo o papel do Enfermeiro Especialista; a informação à família, nomeadamente no que diz respeito à comunicação de más notícias, aplicando técnicas de comunicação das mesmas especificamente o protocolo SPIKES. Na melhoria da qualidade, analisou-se a segurança na transmissão de informação e a cultura de segurança. Na gestão de cuidados foi analisado o método de distribuição de trabalho, o estilo de liderança e coordenação de equipas e fundamentação da tomada de decisão perante os pares. Nas aprendizagens profissionais teve especial relevância a atualização de normas de controlo de infeção, a vigilância da pessoa em situação crítica e a aplicação de protocolos de sedação, analgesia e avaliação de *delirium*. Identificou-se nos dois contextos oportunidade de melhoria no âmbito da prevenção e gestão do *delirium* na pessoa internada em UCI, tendo-se realizado pesquisa aprofundada em capítulo próprio, e feitas duas propostas de melhoria: um guia de consulta rápida na avaliação e prevenção de *delirium*, que teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da avaliação, prevenção e tratamento e um folheto informativo para familiares e cuidadores, com o objetivo de informar familiares e cuidadores.

Destaca-se a aquisição de competências especializadas no âmbito da prevenção e controlo de infeção, e mobilização de conhecimentos na procura de uma prática baseada na mais recente evidencia científica.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; competências; Delirium; Enfermagem Médico Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRACT

As part of the curriculum plan of Nursing Care Master's Degree: Medical-Surgical Care - in the Nursing for Critically Ill Patient of Porto Universidade Católica Portuguesa, two placements were completed within the Final Internship and Report". This document is a reflection of those placements. The internship took place in an Intensive Care Unit of Cardiothoracic (UCI-CT) and an Intensive Care Medicine Service (SMI) from September 5, 2022 and December 17, 2022.

In the first chapter are mentioned the skills acquired during the placement in Emergency Care as part of the Curriculum Unit "The person in Critical Condition and Family: Monitoring and Clinical Decision" of the first year. It was enhance knowledge about the trauma rooms organization, having carried out a work instruction for the systematization of care and care for the patient victim of trauma. Afterwards, it is framed the activities carried out during the curricular unit "Final Traineeship and Report" based on the specific objectives previously defined, integrating them into the common competencies of the Specialist Nurse. In ethical and legal professional practice, reflected on ethical decision-making process, respecting the beliefs and values of the sick patient; the ethical dilemmas, particularly in the suspension of ventilatory and hemodynamic support, perceiving the role of the Specialist Nurse; communication with the family regarding to breaking bad news, applying communication techniques precisely the SPIKES protocol. In quality improvement, transmission of information security and its culture were analyzed. In management care, the method of distribution of work, the leadership style, team management and decision-making have been explored.

In professional learning, the updating of infection control standards, the surveillance of the Nursing for Critically Ill Patient and the application of sedation, analgesia and evaluation of delirium protocols was especially relevant. It was identified in both contexts an opportunity for improvement in the context of the prevention and management of delirium in the person hospitalized in the ICU, having carried out in-depth research in its own chapter, and made two proposals for improvement: a quick consultation guide in the evaluation and prevention of delirium, which aimed to sensitize the multidisciplinary team to the importance of evaluation, prevention.

Noteworthy is the acquisition of specialized skills in the field of infection prevention and control, and mobilization of knowledge in the search for a practice based on the latest scientific evidence.

Keywords: Nurse Specialist Skills; Skills; Delirium; Medical Surgical Nursing; Critical Care Patient.

“Só se vê bem com o coração,
o essencial é invisível aos olhos”

“Antoine de Saint-Exupéry”

AGRADECIMENTOS

Durante o percurso acadêmico que agora concluo, tive o contributo de inúmeras pessoas às quais quero expressar o meu sincero agradecimento, pela forma como de alguma maneira me apoiaram ao longo desta trajetória.

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Dr.^a Irene Oliveira por todo o suporte ao longo deste caminho, pela compreensão, pelas palavras de encorajamento, pelo exemplo e sapiência, pela disponibilidade e por nunca me ter deixado desistir.

Aos meus filhos, que são a luz dos meus dias, por me inspirarem a querer ser melhor.

À minha namorada, companheira desta jornada, por toda a paciência e tolerância e por acreditar sempre em mim.

À minha família, por todos os valores e ensinamentos que me transmitiram.

Aos meus colegas de Mestrado, por todos os momentos de partilha, gargalhadas, angustias, medos, e acima de tudo por estarem sempre presentes.

A todos os Docentes pela transmissão de todo o conhecimento, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

A todos os Tutores pela orientação, apoio e compreensão ao longo desta jornada.

Obrigado a todos.

LISTA DE SILAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CVC – cateter venoso central

CPR – Concelho Português de Ressuscitação

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica

EEIH - Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NAS - Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada À Ventilação

PIA – Pressão Intra-abdominal

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

PVC – Pressão Venosa Central

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP - Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato De Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TPM – Triagem de Prioridades de Manchester

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI-CT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica

VM – Ventilação Mecânica

VNI – ventilação não invasiva

VV – Vias Verdes

VVT – Via Verde Trauma

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	15
2 – PERCURSO INICIAL PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	19
3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS	23
3.1 – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	23
3.2 – Melhoria Contínua da Qualidade.....	27
3.3 – Gestão dos Cuidados.....	32
3.4 – Aprendizagens Profissionais.....	35
4 – O <i>DELIRIUM</i> NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	41
4.1 - Conceitos	41
4.2 – Prevenção e tratamento do <i>Delirium</i>	46
4.3 – O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento do <i>Delirium</i>	49
5 – CONCLUSÃO	53
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES	65
APÊNDICE I – Organização da Sala de Trauma	67

APÊNDICE II – Guia de Consulta Rápida: Avaliação e Prevenção de *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica 75

APÊNDICE III – *Delirium* em Cuidados Intensivos: Informação para Familiares e Cuidadores..... 79

1 – INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta insere-se no plano curricular do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na subárea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem - Porto da Universidade Católica Portuguesa, em que se realizou um estágio, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, que decorreu entre o dia 5 de setembro de 2022 a 17 de dezembro de 2022, e teve a carga horária 360 horas, sendo que as restantes horas de contacto ficaram distribuídas em 20 horas para seminário e 20 horas de orientação tutorial.

O estágio foi dividido em dois períodos que corresponderam a dois campos de estágio distintos. O primeiro período decorreu entre o dia 5 de setembro de 2022 e o dia 26 de outubro de 2022 e realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádica (UCI-CT) de um Centro Hospitalar da região Norte de Portugal, e o segundo período decorreu entre os dias 27 de outubro e 17 de dezembro num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) Polivalente de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

A arte do cuidar assume especial relevância na Enfermagem, pois todas as ações realizadas pelos enfermeiros visam a pessoa de uma forma holística na sua individualidade, mas também enquanto parte de uma família ou comunidade. Esse gosto pelo cuidar do outro levou-me até à enfermagem enquanto profissão.

Ao longo de dezasseis anos de profissão, demostrei sempre muito interesse pela procura e desenvolvimento de mais e novos conhecimentos, sendo que a área do doente crítico sempre me fascinou. Desenvolvo a minha atividade profissional num Serviço de Urgência Básico de uma Unidade Privada no Porto há onze anos e depois de alguma formação continua realizada, entendi que estava na hora de subir mais um degrau na minha formação académica e investir na realização do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), na subárea da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Escolhi os campos de estágio no sentido de alargar as minhas competências e ter contacto com outras realidades que me permitiram obter mais conhecimento e

novas competências e desenvolver capacidades de reagir a situações imprevistas e complexas, adquirindo competências na área da comunicação e no relacionamento com o doente e com a família.

No que diz respeito aos locais de estágio que frequentei, estas escolhas foram realizadas tendo em conta o desenvolvimento de novas competências e a aquisição através de novas experiências, nomeadamente: prestar cuidados de enfermagem ao doente sedado; prestar cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia Cardiorácica, interpretar as diferentes formas de monitorização (invasiva e não invasiva) do doente crítico; perceber a dinâmica de trabalho das Unidades de Cuidados Intensivos; identificar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na subárea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O estágio realizado no segundo semestre do primeiro ano do Curso num Serviço de Urgência Polivalente, no âmbito da disciplina de “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, permitiu-me ter contacto com uma realidade diferente da realidade que contacto diariamente, nomeadamente pela possibilidade de contactar com doentes vítimas de trauma, bem como pelo facto de ter disponível outro apoio de especialidades médicas que na minha realidade profissional não tenho.

Este relatório de estágio dá cumprimento ao plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e serve como documento para a ilustração das atividades desenvolvidas, sendo posteriormente alvo de prova pública. “Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificado pois prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Este relatório foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e crítico reflexiva, e tem como objetivo principal descrever e refletir o percurso profissional e

académico, estimulando o pensamento crítico reflexivo e o aprofundamento de conhecimentos, tendo por base a evidência científica baseando a prática clínica nestes pressupostos. Estes conhecimentos permitiram-me a adquirir e sedimentar competência específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na perseguição da excelência no exercício profissional.

Em termos de estrutura o presente documento encontra-se dividido em 5 capítulos. O segundo capítulo compreende uma reflexão acerca do percurso profissional e do processo de aquisição de competências especializadas no estágio do primeiro ano, tendo sido realizado num Serviço de Urgência Polivalente de um Centro Hospitalar da região Norte de Portugal. No terceiro capítulo, constituído por quatro subcapítulos, é feita uma descrição crítico reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio à luz das competências comuns do enfermeiro especialista dando ênfase aos aspetos mais relevantes de cada contexto. O capítulo quarto, constituído por três subcapítulos, compreende uma pesquisa bibliográfica sobre a temática do *Delirium*, associada aos contributos para a melhoria dos cuidados, pois trata-se de um problema que pode surgir em até cerca de 80% dos doentes internados em UCI, sendo muitas vezes subdiagnosticado estando relacionado com o aumento significativo do tempo de internamento e da morbimortalidade associada ao doente crítico. Nos subcapítulos são abordados os tipos de *Delirium*; os fatores de risco, a prevenção e tratamento do *Delirium* e por último o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento de *Delirium*, assim como as propostas de melhoria nos contextos de estágio.

Este relatório foi redigido de acordo com a norma de referências bibliográficas da 7ª edição da American Psychological Association (APA).

2 – PERCURSO INICIAL PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Depois de um semestre e meio de conteúdo teórico, importante para aquisição de novos conhecimentos que servem de suporte ao desenvolvimento académico e profissional, iniciei o meu percurso de aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista (EE) em contexto de estágio pela unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, no Serviço de Urgência (SU) Polivalente de um Hospital Central do Norte de Portugal. Este estágio decorreu entre o dia 2 de maio de 2022 a 25 de junho de 2022, perfazendo 8 semanas, concluindo as 180 horas de contacto com o local de estágio conforme previsto no plano de estudos do Mestrado.

Embora tratando-se de realidades bem distintas, o facto do meu percurso profissional estar direccionado para a assistência à pessoa e família em contexto de urgência, revelou-se uma mais-valia para o meu percurso neste período, tendo imensas oportunidade de alargar conhecimentos, das quais saliento a Triagem de Prioridades de Manchester (TPM) com a aplicação de fluxogramas próprios para encaminhamento de doentes e a ativação das diferentes vias verdes (VV) – Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Sépsis; bem como o atendimento de doentes em contexto de sala de emergência: vítimas de politraumatismos, vítimas de eletrocussão, vítimas de enfarte agudo do miocárdio, vítimas de doenças súbitas, nomeadamente: rutura de aneurisma abdominal, trombose cardíaca, falência multiorgânica - sépsis (Via Verde Sépsis), ou em paragem cardiorrespiratória, exigindo múltiplas tomadas de decisão, rápida e eficaz identificação de potenciais problemas das PSC, impondo uma atuação do enfermeiro segundo os padrões de qualidade inerentes aos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica: “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 4).

A possibilidade de contactar com EE na subárea da Enfermagem à PSC, reconhecidos pelas equipas como elementos referência pela experiência, prática clínica e pela introdução da evidência científica mais recente tendo em vista as

respostas às necessidades da PSC, foi essencial para o desenvolvimento do estágio tendo sido promovida a observação, prestação assistencial e posteriormente o cultivo do pensamento crítico reflexivo.

Das várias experiências que tive oportunidade de contactar, optei por aprofundar conhecimentos em áreas que têm menor casuística na minha realidade profissional, nomeadamente a intervenção realizada à PSC vítima de trauma, AVC e enfarte agudo do miocárdio (EAM).

Relativamente ao trauma tive oportunidade de entender em contexto de prática clínica o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) (INEM, 2013) e articulação com os SU, a abordagem primária do doente vítima de trauma, incluindo a estabilização (INEM, 2012) e transporte de doentes críticos (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Em contexto de SU, o conhecimento prévio do tipo de vítima e timing de chegada da mesma permite planear a receção, preparando a sala de emergência mobilizando os meios materiais e humanos para o atendimento adequado à vítima. A abordagem ABCDE foi padronizada de acordo com as lesões de maior mortalidade. O seu significado é: A (airways) – vias aéreas com controle da coluna cervical; B (breathing) – respiração e ventilação; C (circulation) – circulação com controle da hemorragia; D (disability) – estado neurológico; E (exposure) – exposição e controle da temperatura. Esta abordagem é aplicada no exame primário para detetar situações emergentes, no entanto também é utilizada na avaliação secundária durante a monitorização (Rodrigues, Santana, & Galvão, 2017), de acordo com as recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação, para a abordagem dos doentes que necessitam de cuidados urgentes, inserindo esta mesma nomenclatura. Também a importância de a comunicação verbal e escrita ser padronizada e sistematizada, seguindo a metodologia ISBAR (Direção Geral de Saúde, 2017), minimizando a ocorrência de falhas que podem comprometer a segurança dos cuidados, durante a transição dos mesmos. Neste contexto tive ainda oportunidade de aprofundar conhecimentos relativamente à constituição e organização das salas de trauma, tendo realizado inclusivamente uma instrução de trabalho (APÊNDICE I) com os seguintes objetivos: Disponibilizar a todos os doentes vítimas de trauma o atendimento adequado técnico e cientificamente

eficaz, diminuindo a mortalidade e morbilidade; fornecer a todos os profissionais as características e constituição da Sala de Trauma, facilitando a sua integração e atuação em situações reais de atendimento a doentes vítimas de trauma; e organização de cuidados a doentes traumatizados e otimização de recursos materiais e Humanos existentes. A realização deste trabalho revelou-se importante na aquisição de novas competências na área do atendimento à PSC vítima de trauma permitindo a sistematização dos cuidados entre a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao atendimento de PSC vítimas de AVC, foi importante perceber a dinâmica de acolhimento e estabilização do doente, com a rápida realização do exame neurológico e encaminhamento para a Tomografia Axial Computorizada (TAC), para confirmação de diagnóstico e opções terapêuticas – trombectomia ou trombólise. Relativamente à trombólise tive oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica, no que concerne à administração, preparação e administração do alteplase seguindo as recomendações da mais recente evidência científica, tendo também em atenção os critérios de inclusão e exclusão e as indicações e contraindicações para a realização de trombólise (Baruzzi, Stefanini, & Manzo, 2018).

A doença cardiovascular, da qual fazem parte as doenças coronárias nomeadamente o EAM, é uma das principais causas de mortalidade em Portugal em toda a Europa (INEM, 2020) (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Na abordagem ao doente vítima de enfarte, a realização de eletrocardiograma nos primeiros 10 minutos após os sintomas ou o primeiro contacto médico são primordiais para a verificação da elevação ou não do segmento ST, bem como a pesquisa laboratorial da troponina. Estes dois fatores, aliados à clínica do doente e aos fatores de risco, são determinantes para a decisão de se avançar para uma trombólise ou uma angioplastia, uma vez que o hospital é um centro de referência nesta intervenção.

A enfermagem especializada, pressupõe uma metódica pesquisa, sendo a revisão integrativa um método importante. Saliento o desenvolvimento de competências de investigação, com a utilização de bases de dados científicas, nomeadamente Cinahl, Medline, Pubmed, Scielo e B-on, contribuindo para a melhoria do cuidado prestado ao doente e à família através da procura e divulgação do conhecimento.

Das pesquisas realizadas, além das já referenciadas destaco os protocolos de VV AVC (Direção Geral de Saúde, 2017), Via Verde Trauma (VVT) (Direção Geral de Saúde, 2022) e via verde Sepsis (VVS) (Direção Geral de Saúde, 2017), onde tive oportunidade de perceber todas os procedimentos e normas inerentes às mesmas. Realizei ainda pesquisa relativamente à TPM (Franco, et al., 2018), um estudo muito interessante que aborda a associação entre os discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem, concluindo-se que existe uma associação significativa entre os discriminadores da TPM e os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nos doentes dos serviços de urgência.

3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS

A crescente complexidade dos problemas de saúde exige uma adaptação dos sistemas de saúde com o intuito de responder aos novos desafios. Particularmente os cuidados à PSC, sofreram uma grande evolução com a introdução de novos meios tecnológicos e conseqüentemente evolução dos profissionais de saúde. Os cuidados à PSC, são prestados maioritariamente em contexto de Emergência Extra-hospitalar, SU e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Neste capítulo irei abordar as UCI em particular, uma vez que foi neste contexto que desenvolvi o meu estágio final, e respetivos locais de estágio e suas características.

Aos longo dos subcapítulos irei utilizar a metodologia descritiva e crítico reflexiva, tendo por base os domínios das competências comuns do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências específicas do EE na Enfermagem à PSC, fazendo reflexão das competências desenvolvidas nos locais de estágio.

3.1 – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Enfermeiro enquanto membro da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem responsabilidade profissional, deveres éticos e deontológicos, inscritos no código deontológico da profissão, que devem orientar a sua prática clínica, sendo uma competência comum a todos os enfermeiros, devendo os mesmos promover cuidados de enfermagem de qualidade, fomentando a prática baseada em conhecimentos científicos e técnicos que respeitem a vida e a dignidade humana e promovam a saúde e o bem-estar da população (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O EE enquanto membro da OE está naturalmente vinculado ao regulamento do exercício profissional, tendo, no entanto, competências e responsabilidades específicas fruto do seu grau de especialização.

Em ambos os locais de estágio, foi possível adquirir competências dentro deste domínio tendo inicialmente preconizado a minha atenção para uma integração na dinâmica funcional e organizacional da equipa multidisciplinar. Como objetivo específico, foi inicialmente proposto por mim: *Identificar a dinâmica de*

funcionamento e organização do serviço e Integrar a equipa multidisciplinar desenvolvendo o espírito de equipa e capacidade de trabalho. Considero o desenvolvimento deste objetivo atingido na sua totalidade tendo para tal identificado o modelo de organização/metodologia de trabalho e a dinâmica funcional do serviço, realçando o papel dos Enfermeiros Tutores, como elementos facilitadores da integração, mas também a receptividade das equipas no acolhimento de alunos em desenvolvimento de competências especializadas em EMC. Destaco ainda o papel desempenhado pelos EE como enfermeiros responsáveis de turno, onde foi possível verificar a tomada de decisão descentralizada, a responsabilidade, a propriedade na prestação de cuidados e na gestão da equipa. Aplicando conhecimento científico e um leque de habilidades técnicas e de gestão de cuidados reconhecidas pelos pares, proporcionando autonomia e responsabilização a toda a equipa assegurando uma prestação de cuidados diferenciadora com técnicas e conhecimentos atualizados. Destaco ainda a integração progressiva na prestação direta de cuidados o que me permitiu desenvolver e adquirir competências técnicas e não técnicas de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à PSC. Ao longo deste percurso fui desenvolvendo o pensamento crítico-reflexivo, partilhando as mesmas com a equipa, contribuindo assim para a discussão e reflexão acerca da prestação de cuidados.

Na sua prática diária os Enfermeiros são frequentemente confrontados com a tomadas de decisão ética (Nora, Deodato, Vieira, & Zoboli, 2015, p. 2). O desenvolvimento de habilidades e competências para a tomada de decisão tornam-se essenciais para o desenvolvimento da prática profissional e consequentemente para a qualidade dos cuidados prestados. Ao longo dos estágios desenvolvi a minha prática profissional respeitando a ética e a deontologia profissional, tendo encontrado naturalmente situações que me fizeram refletir acerca das práticas realizadas, permitindo-me aprofundar conhecimentos e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas atuais, nomeadamente questões relacionadas com a individualidade e privacidade da pessoa, o consentimento livre e esclarecido para execução de procedimentos.

No que diz respeito ao direito dos doentes ao acesso à informação, realizei uma reflexão sobre a responsabilidade profissional, ética e legal na prestação dos cuidados de Enfermagem, assegurando os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, definidos no código deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 60). O princípio da autonomia está relacionado com a liberdade de ação e de escolha de cada pessoa, tendo a capacidade de decidir autonomamente sobre planos que previamente tenha selecionado. Neste sentido a informação deve anteceder a escolha, de forma que esta possa ser tomada de forma livre e esclarecida, devendo ser respeitada pelos profissionais de saúde, protegendo a privacidade e intimidade, no consentimento informado, na aceitação ou recusa de tratamento. O princípio da beneficência está relacionado com o dever de fazer o bem, ajudando o outro a obter algo para seu benefício. Muitas vezes este princípio é visto da perspectiva de não fazer o mal, não causar dano, podendo ser designado de princípio da não maleficência. Por fim o princípio da justiça, diz respeito ao tratamento de igualdade que deve ser aplicado a situações idênticas, e por outro lado situações diferentes devem ser tratadas de acordo com essas mesmas diferenças, ou seja, a justiça significa equidade.

Ao longo dos diferentes estágios tive sempre presente os princípios da bioética, nomeadamente o princípio da não maleficência, desenvolvendo em parceria com o doente e família estratégias terapêuticas que fossem de encontro aos seus valores e crenças. Relativamente à autonomia, tendo desenvolvido os meus estágios em unidades onde muitas vezes os doentes estavam com a sua autonomia e capacidade de escolha comprometidas, respeitei as vontades previamente expressas através de testamento vital. Neste âmbito em particular, deparei-me com um caso em que a família queria alterar a vontade expressa de forma livre e esclarecida por um doente, tendo colaborado no processo de comunicação e esclarecimento da família relativamente à vontade previamente expressa pelo familiar.

A estrutura física das UCI onde desenvolvi os meus estágios caracterizam-se como unidades polivalente e monovalente de tipologia mista onde predominam as unidades abertas, facilitando a vigilância dos doentes, existindo cortinas que garantem a manutenção da intimidade e privacidade da pessoa. Segundo o artigo

107º da Lei 156/2015 que regulamenta o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o Enfermeiro vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente. A minha atuação teve por base os valores da ética e do respeito pela pessoa doente, zelando acima de tudo pelo seu conforto e bem-estar, respeitando as suas crenças, raça, sexo e etnia prestando cuidados de qualidade e de forma holística.

Durante a minha prática clínica procurei esclarecer a pessoa doente relativamente aos procedimentos a executar, tendo por base uma comunicação terapêutica de confiança, certificando-me que a pessoa doente compreendeu toda a informação prestada, de forma que a sua tomada de decisão fosse autónoma e esclarecida. Nestes contextos a pessoa doente nem sempre consegue compreender a informação prestada devido à sua condição clínica. Nestas situações, a família é chamada a participar no processo comunicacional, tornando-se parte integrante do processo de comunicação terapêutica.

Em ambos os locais de estágio deparei-me com o dilema ético da suspensão de suporte ventilatório e hemodinâmico. Um dos direitos fundamentais é o direito à vida, sendo que o Enfermeiro de acordo com o seu código deontológico age segundo conhecimentos científicos e técnicos próprios da profissão, respeitando a vida e a dignidade humana. A decisão de suspensão de medidas de suporte artificial legalmente é uma decisão da competência médica, contudo o enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar contribui ativamente para esta tomada de decisão. Nos casos com que me deparei, pude testemunhar e participar ativamente no processo de comunicação entre a equipa multidisciplinar e a família esclarecendo dúvidas, de forma a tranquilizar a família. Ao longo deste processo tive necessidade de realizar pesquisas relativamente a técnicas de comunicação nomeadamente para comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES, criado por Robert Buckman e citado por (Cruz & Riera, 2016), para orientar os profissionais de saúde na comunicação de más notícias. Comunicar más notícias não é uma tarefa fácil, e este protocolo tem como objetivo organizar esse momento ajudando os profissionais e doente/família a manter uma comunicação clara e aberta.

Refletindo acerca do percurso realizado, desenvolvi uma prática clínica aos longo dos estágios segundo os valores éticos, deontológicos e jurídicos inerentes à profissão e às competências do EE, atendendo às melhores evidências científicas.

3.2 – Melhoria Continua da Qualidade

O EE, assume um papel relevante dentro das organizações, departamento ou serviços na melhoria da prestação de cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos, assumindo o papel de consultor junto dos órgãos decisores, através do desenvolvimento de práticas seguras e da difusão e aplicação das mesmas pelas equipas de saúde.

Com o intuito de adquirir competências relativas a este domínio delineei como objetivo: *Estabelecer comunicação interpessoal de forma a fundamentar a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador tendo em conta a situação de complexidade do estado de saúde do doente*

Para o desenvolvimento das melhores práticas clínicas, a OE definiu padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC nas diferentes áreas de especialização nomeadamente na PSC. Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por serem cuidados com elevado grau de complexidade exigindo uma prestação continua de cuidados à pessoa com uma ou mais funções vitais comprometidas, em resposta às necessidades lesadas garantindo as funções básicas de vida, limitando e prevenindo complicações, visando a recuperação integral da pessoa. Sendo assim, o exercício profissional deve-se basear na excelência do Cuidar, sendo indispensável definir critérios de melhoria continua da qualidade, sendo este domínio indispensável para a aquisição de competências de EE, contribuindo também para elevação da prática em Enfermagem. Para dar cumprimento a este domínio é importante que o enfermeiro contribua com intervenções de enfermagem dirigidas à PSC, garantindo que estas competências maximizam o potencial de saúde da pessoa, estimulando as suas capacidades face à doença com o objetivo de restabelecer a sua saúde.

A utilização de uma estratégia de comunicação na equipa multidisciplinar é fundamental. Neste âmbito verifiquei em ambos os locais de estágio a utilização da

técnica ISBAR (Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)) de acordo com o preconizado pela (Direção Geral de Saúde, 2017), para a transmissão de informação e cuidados de forma padronizada, promovendo a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A respeito da comunicação importa ainda referenciar a o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Ministério da Saúde, 2021). O despacho nº 9390-2021 de 24 de setembro de 2021, define o PNSD 2021-2026 sendo este constituído por cinco pilares, e respetivos objetivos estratégicos. O PNSD assenta nos seguintes pilares: Cultura de Segurança, Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de Segurança e Práticas Seguras em Ambientes Seguros. Sendo um dos pilares o pilar da comunicação que tem por objetivos melhorar a comunicação intra e interinstitucional e, desta forma, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

Pude constatar que na UCI monovalente a forma como a informação está estruturada não obedecia de forma plena ao modelo formal da técnica ISBAR, ainda que na grande maioria das vezes estivesse subjacente. O facto de não ser utilizado o modelo pode levar a maior risco de perda de informação e, conseqüentemente, a perda na transmissão dos cuidados e na continuidade dos mesmos. Realizando uma análise crítico reflexiva desta situação encontrei como oportunidade de melhoria, indo de encontro às ações do PNSD, a implementação de meios digitais e da interoperabilidade dos meios digitais para a integração da informação clínica dos doentes, o desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação durante o processo de transmissão de cuidados entre profissionais de saúde e diferentes níveis de cuidados de saúde.

Relativamente ao SMI pude verificar a existência da transmissão de cuidados utilizando a técnica ISBAR na transmissão de cuidados entre profissionais do serviço, mas também na transição de cuidados para outros serviços. Verifiquei ainda a implementação dos briefings de segurança, sendo um importante instrumento que ajuda as equipas a reduzir o risco de erros melhorando, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro dentro das competências conferidas pela OE garante a segurança na administração de terapêutica, sendo esta uma competência comum a todos os enfermeiros. O PNSD, define como objetivo estratégico a implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, sendo a segurança do medicamento alvo de atenção, neste sentido defini o seguinte objetivo de estágio: *Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos e de gestão de dor na pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.* O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da PSC assume um papel relevante na garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos, neste sentido, ao longo dos estágios, foi realizada por mim uma pesquisa relativamente aos fármacos mais utilizados em cada um dos serviços e, posteriormente, uma pesquisa individualizada sobre cada um dos fármacos, tendo em conta o modo de preparação e diluição, a estabilidade, a farmacocinética, as ações e interações medicamentosas e as contraindicações. Esta pesquisa foi realizada em base de dados como a *EBSCO, B-ON, PUBMED, SCIELO, INFARMED*, tendo sido alvo de pesquisa a seguinte terapêutica: Adrenalina, Amiodarona; Atropina, Atracúrio, Dexmedetomidina, Dobutamina, Dopamina, Esmolol, Fentanil, Midazolam, Nitroprussiato de sódio, Noraadrenalina, Propofol, Remifentanil, Rocurónio. Esta pesquisa permitiu-me estar mais preparado para o desenvolvimento da minha prática clínica na prestação direta de cuidados, mas também me permitiu ter mais conhecimentos e colocá-los em prática em conversas informais com os tutores e com a equipa multidisciplinar, garantindo assim a segurança na administração de terapêutica pelos pares.

Foi importante verificar que o EEEMC coordena e gere a prestação de cuidados à PSC, exercendo uma supervisão contínua na preparação de terapêutica, o que permite detetar eventuais erros e práticas menos seguras prevenindo incidentes. Dentro das pesquisas realizadas, gostaria de referenciar como garante da qualidade na assistência à PSC e como estratégia de diminuição do risco a implementação de uma ferramenta que facilita ao profissional diminuir o erro na preparação e administração de medicação sendo designada dos “10 certos de enfermagem” (Silva & Santana, 2018, p. 151). Esta ferramenta garante uma maior segurança para a PSC uma vez que reduz substancialmente as hipóteses de erro

ao longo do processo de preparação e administração de medicação. O erro pode ocorrer no momento da prescrição médica, com prescrição de doses ou medicamentos errados. O enfermeiro enquanto membro da equipa multidisciplinar deve estar atento a todas as prescrições médicas e atuar de acordo com o seu conhecimento e competências. No entanto na prática diária verifica-se que a sobrecarga de trabalho, as multitarefas desempenhadas, o cansaço, a desmotivação e até mesmo o deficit de conhecimento sobre os medicamentos e sobre os problemas da PSC, são fatores que potenciam o erro terapêutico tal como é referido por (Silva & Santana, 2018, p. 151).

O ambiente em cuidados intensivos, onde abundam doentes instáveis em que as alterações terapêuticas realizadas para fazer face a essa instabilidade são frequentes, gera no enfermeiro o aumento de stress, o que pode levar ao erro. Para minimizar erros de preparação e diluição de medicamentos existia nos serviços onde desenvolvi os estágios uma tabela de referência, na zona de preparação de medicação, com a reconstituição, diluição e estabilidade dos medicamentos mais usados.

No processo de pesquisa bibliográfica consultei uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de encontrar evidências científicas acerca dos principais erros observados na administração de medicamentos pelos enfermeiros, tendo obtido os seguintes resultados: erros de dose, erros de medicação, erros de doente, erros de horário e erros de via. Neste estudo conclui-se ainda que existem mais erros de medicação na UCI do que nos serviços de internamento, uma vez se trata de ambientes mais complexos em que os doentes apresentam diferentes níveis de gravidade, sendo submetidos a inúmeros procedimentos, recebendo uma grande variedade de medicamentos, inclusivamente medicamentos que requerem grande vigilância na sua administração (Moreira , et al., 2018).

As UCI polivalentes evoluíram em muitos hospitais para SMI, tendo como missão a gestão do doente crítico à escala hospitalar e não necessariamente dentro das UCI, nomeadamente nas salas de emergência dos SU e na constituição de equipas de emergência intra-hospitalar (EEIH) (Paiva, et al., 2017). No SMI onde estagiei tive oportunidade de testemunhar a organização da Equipa de Medicina Intensiva que tem como missão, conjuntamente com o centro de formação, promover a formação

em suporte básico de vida (SBV), suporte imediato de vida (SIV), suporte avançado de vida (SAV) e suporte avançado de vida pediátrico (SAVP) na instituição, com acreditação pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR), assegurando desta forma que todos os profissionais da instituição recebem a formação adequada de acordo com o local e funções desempenhadas, de forma a poderem contribuir para a cadeia de sobrevivência. Dentro da organização hospitalar foi desenvolvido um modelo assistencial à PSC, que tem como objetivo a deteção precoce do doente crítico, com a ativação da EEIH, estando o centro de resposta centralizado no SMI, com a integração de um Médico Intensivista e um Enfermeiro, preferencialmente um EE, sendo a ativação feita por um único número de qualquer parte do hospital. Tive oportunidade de participar e adquirir competências como EEEMC, na forma de atuação no processo de ativação da equipa de emergência, tendo verificado a importância da mensagem do emissor e da correta perceção pelo recetor da mesma, para que se possa realizar uma intervenção atempada. Saliento o papel do EE como coordenar a equipa do serviço onde ocorre a situação crítica, delegando intervenções que visem a estabilidade do doente, como a preparação de fármacos de emergência, ou a execução de outros procedimentos que visem a estabilização da vítima. O EE desempenha ainda um papel influente na deteção de práticas que necessitem de melhoria e no planeamento de estratégias para combater lacunas existentes nas equipas dos serviços, através da elaboração de planos de formação contínua.

Destaco a formação que todos os profissionais dos diferentes serviços têm no sentido de promoverem o transporte do carro de emergência para junto das vítimas, o que facilita a atuação da EEIH. Em emergência verifiquei que a rotulagem e identificação dos fármacos preparados nem sempre é realizada, o que potencia a existência de erros, sendo sugerida a implementação nos carros de emergência de etiquetas com o nome dos fármacos de emergência o que facilitaria a identificação dos fármacos preparados diminuindo o erro.

Ao longo dos estágios realizados percebi que o EEEMC desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de uma cultura contínua de qualidade. Para o atingimento dos objetivos preconizados para esse domínio, aprofundei conhecimentos desenvolvendo competências das quais destaco: mobilização de

conhecimentos e habilidades que garantem a qualidade da prestação de cuidados; a participação na prestação de cuidados especializados norteando a prática clínica pelas mais recentes evidências científicas e a qualidade dos cuidados; garantia de ambientes terapêuticos seguros promovendo segurança e proteção dos indivíduos e grupos; estabelecendo uma comunicação terapêutica com a pessoa doente, família e equipa multidisciplinar gerindo situações de risco.

Ao longo dos estágios foi constatada a importância do *Delirium* e o facto de nem sempre esta temática ter a devida atenção pelos diferentes profissionais de saúde. Visando a melhoria da prestação de cuidados foram realizadas pesquisas bibliográficas acerca do *Delirium* tendo desenvolvido os seguintes contributos: na UCI monovalente, “Guia de Consulta Rápida: Avaliação e Prevenção de *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica” (Apêndice II), tendo por objetivo consciencializar a equipa multidisciplinar para a importância do diagnóstico e prevenção do *Delirium*; e, e no SMI, um panfleto denominado de “*Delirium* em Cuidados Intensivos: Informação para familiares e cuidadores” (Apêndice III), onde é dado ênfase ao papel da família na prevenção e tratamento do *Delirium*. Este tema será novamente abordado de forma mais pormenorizada no capítulo 4.

3.3 – Gestão dos Cuidados

O EE é o elemento da equipa de enfermagem que detém competência para a gestão dos cuidados de enfermagem no seio da equipa e simultaneamente a gestão dos recursos existentes nas situações aos contextos. Deve ser um elemento de referência para as equipas, garantindo o alinhamento da mesma com as melhores e mais recentes práticas clínicas, baseando a sua prática em conhecimento científico. Ainda dentro da promoção das melhores práticas clínicas, deve promover a formação dos pares orientando e definindo um plano de formação, em acordo com o enfermeiro gestor, que vá de encontro às necessidades da equipa.

Defini como objetivo para este domínio: *Observar e analisar a organização e gestão dos cuidados de Enfermagem especializados, recursos humanos e recursos materiais, realizada pelo enfermeiro gestor.*

A OE define como competências comuns do EE “a gestão dos cuidados, otimizando a resposta de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Nos dois locais de estágio onde desenvolvi a minha prática clínica existia a figura do responsável de turno, função desempenhada na grande maioria das vezes por EEEMC, conforme parecer da mesa do colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica “o profissional com melhor formação para chefiar e coordenar equipas de enfermagem em serviços de Medicina Intensiva ou de Cuidados Intensivos é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 3). Tratando-se de UCI, o EEEMC pela sua formação especializada detém competências próprias e conhecimentos científicos, aliados a competências de liderança permite-lhe ser líder no conhecimento, nas capacidades e nas habilidades de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações e promover respostas adequadas e seguras a cada situação. “Todavia, na ausência deste ou inadequação à função, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2). Ainda dentro das funções de enfermeiro responsável de turno o EE é a referência na relação multidisciplinar com outras categorias profissionais, colaborando ativamente nas decisões da equipa de saúde e promovendo uma prestação de cuidados de elevada qualidade e eficiência.

A UCI-CT é composta por 10 camas de nível III, permitindo duas preparadas para isolamento em pressão negativa e 3 camas nível II. A gestão da unidade está a cargo da diretora de serviço e da Enfermeira gestora, e é composta por uma equipa pluridisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes técnicos. Relativamente à equipa de enfermagem da UCI-CT, é constituída por um total de 41 enfermeiros – sendo 8 destes especialistas. O método de trabalho institucionalizado na UCI-CT é o método de trabalho individual centrado nas necessidades do doente e família, focados na prestação de cuidados. Importa salientar que em todos os turnos existe um enfermeiro responsável de turno, que normalmente é um enfermeiro especialista ou um enfermeiro perito com vasta

experiência acumulada, que tem as seguintes funções: distribuir os doentes pelos diferentes enfermeiros no turno, fazer a gestão de vagas, fazer a gestão corrente do serviço e fazer a ponte com a Enfermeira gestora.

No que diz respeito à caracterização do SMI é constituído por 22 camas nível III, estando 10 preparadas para isolamento em pressão negativa, integrando também a gestão da Emergência Interna e da Sala de Emergência. A gestão do SMI está a cargo do diretor de serviço e da Enfermeira Gestora, e é composta por uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Gestora, um Enfermeiro coordenador, quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, vários Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e Enfermeiros generalistas. A equipa está organizada em cinco equipas de trabalho, com 9 a 11 elementos cada uma, assumindo um dos enfermeiros a função de enfermeiro responsável de equipa, geralmente é um EE ou um Enfermeiro Perito, com perfil de competências inerentes ao desempenho do cargo.

Relativamente às competências adquiridas no âmbito da gestão de cuidados enquanto futuro EE, saliento ainda o papel desempenhado pelo EE no que diz respeito à gestão dos recursos existentes, providenciando os meios materiais necessários a uma prestação de cuidados de excelência. Neste âmbito tive oportunidade de exercer funções de gestão de stock de medicamentos, gestão de equipamentos e materiais de consumo clínico, verificando as necessidades existentes a cada momento no sentido de garantir uma prestação de cuidados efetiva a todos os doentes. Acompanhei ainda a gestão das equipas e distribuição da carga de trabalho, através da aplicação da NAS (Nursing Activities Score) (Macedo, et al., 2021), que se encontra traduzida e validada para a população portuguesa desde 2017 e permite a avaliação de 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, segundo os autores referidos, o estudo permitiu ter a perceção das horas de cuidados necessárias para cada doente realizando assim uma distribuição mais equitativa da carga de trabalho.

Acompanhei a enfermeira gestora do SMI, no exercício de algumas das competências como enfermeira gestora, nomeadamente: garantindo uma prática profissional e ética na equipa, fomentando a implementação da melhoria continua

da qualidade dos cuidados de Enfermagem; gerindo a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem; garantindo e impulsionando o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e estimulando a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tive oportunidade de acompanhar a gestão dos recursos humanos, desde a constituição das equipas de trabalho, o equilíbrio das mesmas aquando da realização de trocas, planificação do mapa de férias e planeamento da formação em serviço, tendo verificado uma linha orientadora na definição de uma estratégia que vá de encontro ao desenvolvimento dos profissionais e aos objetivos da unidade. Na assistência à PSC, o EE tem a responsabilidade de fazer a gestão dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo por inerência competências da área da gestão, funcionando como assessor da Enfermeira Gestora, tendo participação ativa na melhoria continua da resposta da equipa de enfermagem e na articulação com a restante equipa multidisciplinar, exercendo um papel dinamizador das estratégias institucionais de gestão clínica. Saliento ainda a estratégia de comunicação e reflexão adotada pela Enfermeira Gestora, sendo um elemento facilitador da gestão do SMI.

Durante os estágios consegui compreender as dinâmicas, as normas de funcionamento e protocolos de cada serviço, contribuindo para o desenvolvimento de competências importantes para uma boa coordenação do trabalho em equipa.

Considero que desenvolvi ao longo dos estágios competências e conhecimentos aprofundados na área da gestão em EMC, contribuindo para a segurança da prestação de cuidados, revelando consciência crítica para os problemas da prática diária. Revelei capacidade de trabalho e coordenação com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tendo participado no processo de tomada de decisão em equipa, fundamentando devidamente os pareceres enunciados.

3.4 – Aprendizagens Profissionais

Os estágios são sem sombra de dúvida locais férteis de aprendizagem, quando acrescentamos o facto de os alunos terem já alguma experiência profissional, termos os condimentos necessários para o desenvolvimento de aprendizagens

geradoras de elevado pensamento crítico reflexivo, levando os profissionais, agora no papel de alunos, a fazer uma crítica refletida acerca da sua prática o que terá o efeito potenciador de desenvolver o autoconhecimento e conseqüentemente elevar o nível assistencial.

Defini como objetivo para este domínio: *Executar cuidados de enfermagem especializados fundamentados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial enfoque na Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.*

O aluno deverá avaliar as suas capacidades e competências, identificar aspetos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, buscar melhorias, desenvolver o autoconhecimento e a autorregulação, tomar decisões relativas à profissão. (Alarcão & Rua, 2005). “O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

No decorrer dos estágios, tendo em vista a aquisição e aperfeiçoamento de competências desenvolvi atividades com o objetivo de desenvolver capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, através do autoconhecimento e desenvolvimento profissional e de uma metodologia de trabalho autónoma e eficaz que me permitiu adquirir competências dentro da área assistencial à PSC.

Como forma de integração nos locais de estágio e como estratégia para a tomada de conhecimento das práticas existentes, procurei junto dos tutores de estágio informação acerca de normas e protocolos, o que me permitiu à partida perceber de uma forma geral o nível de organização documental das unidades. Simultaneamente, recorri à observação das práticas executadas pelos enfermeiros dos serviços realizando questões no sentido de perceber qual a fundamentação para a prática executada. Paralelamente realizei pesquisa bibliográfica sobre oportunidades de melhoria e problemas encontrados na prática de forma a procurar as mais recentes evidências científicas, trazendo para a discussão com os tutores e restante equipa propostas de melhoria e algumas hipóteses de resposta a alguns dos problemas encontrados. Das pesquisas realizadas saliento particularmente as realizadas na temática relacionada com o controlo e prevenção de infeção e

resistência aos antimicrobianos, conforme competência específica do EEEMC à PSC nomeadamente na discussão das últimas atualizações, relativa aos feixes de intervenção da prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAI) (Direção Geral de Saúde, 2022), Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) (Direção Geral de Saúde, 2022) e da prevenção da infeção relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC) (Direção Geral de Saúde, 2022).

O contacto com o doente crítico permitiu-me, desenvolver e aprofundar conhecimentos adquiridos durante a teoria, como monitorização eletrocardiográfica, monitorização arterial, monitorização invasiva e não invasiva, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, avaliação da Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra-abdominal (PIA), técnicas dialíticas, drenagens torácicas, entre outros, e alcançar novos conhecimentos e experiências contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Desenvolvi competências de planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico na UCI. Para alcançar esta meta desenvolvi competências técnicas e científicas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, dando maior destaque às atividades desenvolvidas na PSC com ventilação não invasiva (VNI), no controlo de drenagens, no controlo da monitorização cardíaca, na avaliação da PIA, na monitorização do Balanço Hídrico, na identificação rápida dos problemas potenciais da PSC, prescrevendo e implementado intervenções de enfermagem especializadas no sentido de evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Destaco ainda a necessidade de mobilização e conhecimento científico, para a colaboração em vários procedimentos, como a colocação do CVC, de cateter arterial, de drenos torácicos, a realização de broncofibroscopias, entre outras.

Na UCI-CT, o processo foi um pouco mais lento do que estava à espera, ao contrário do que aconteceu no estágio do SU no segundo semestre do primeiro ano, onde me senti muito à vontade desde o início. Neste estágio, sendo uma realidade mais distante da minha prática clínica diária, precisei de mais tempo para me ambientar, tendo investido muito do meu tempo no processo assistencial direto à PSC, permitindo-me assim ter um conhecimento da prática que permitiu depois explorar com maior propriedade temas pertinentes dentro desta área.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados no contexto da UCI-CT é feita de forma atenta, e contínua, de forma a antecipar e prevenir eventuais complicações. Cuidar do doente do foro UCI-CT exige competências avançadas em diferentes domínios, observação atenta, monitorização constante e formação contínua nesta área. A minha prática incidiu essencialmente na realização de um plano de cuidados direcionado, que me permitiu a execução de cuidados de elevada qualidade, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC à PSC, nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No SMI tive oportunidade de prestar cuidados diretos à PSC, nomeadamente a doentes vítimas de politrauma, doentes com falência multiorgânica, doentes a realizar técnica de substituição renal, doentes a realizar ventilação mecânica invasiva (VMI) e VNI. A complexidade e gravidade dos doentes internados em UCI obriga a uma monitorização constante, desempenhando o enfermeiro um papel fulcral na prevenção e deteção precoce de eventuais complicações. Pude constatar que o EE, pelas competências que possuiu, é o garante da qualidade dos cuidados e a referência no seio da equipa. Neste contexto muitos doentes encontram-se sedados e com necessidade de VMI, garantindo o suporte ventilatório tendo como principal objetivo manter as trocas gasosas adequadas às necessidades do doente e diminuir o *stress* da musculatura respiratória, revertendo ou diminuindo assim a fadiga e desconforto respiratório. A VMI foi para mim um grande desafio pois, na minha realidade profissional o contacto com esta realidade é escasso, ainda assim consegui adquirir competências que me permitiram colaborar na prestação de cuidados ao doente ventilado, nomeadamente no contacto com os diferentes módulos ventilatórios e implementação do feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Outra realidade com a qual tive oportunidade de contactar foi a realização de técnica de substituição renal percebendo a diferença entre as diferentes modalidades.

Estes estágios permitiram-me a aquisição de aprendizagens e competências através das atividades realizadas nomeadamente: monitorização da PSC; implementação de protocolos de controlo de infeção; monitorização invasiva e não invasiva; preparação de fármacos sedativos e de suporte hemodinâmico; implementação prática de protocolos de sedação analgesia e avaliação do *Delirium*; Intervenções de enfermagem ao doente ventilado e técnicas de substituição renal. Para a concretização deste domínio procurei atuar em conformidade com os conhecimentos apreendidos e aprofundar os mesmos, desenvolvendo conhecimento em enfermagem e uma prática baseada na evidência científica.

4 – O *DELIRIUM* NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nos dias de hoje os profissionais de saúde deparam-se diariamente com novos desafios na prestação direta de cuidados. As UCI são unidades de prestação de cuidados de grande complexidade, onde os doentes estão frequentemente sujeitos a monitorização agressiva e à realização de procedimentos invasivos, com o intuito de monitorizar a existência de disfunções de um ou mais órgãos, sendo algumas vezes descurada a monitorização do órgão mais importante, o cérebro e em consequência o sistema nervoso central (SNC). Associado à ventilação mecânica (VM), à terapêutica administrada e ao meio envolvente dos cuidados intensivos, verifica-se que favorecem o desenvolvimento do *Delirium* (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020, p. 81 in Pinho, 2020).

Ao longo dos estágios pude constatar que o *Delirium* é uma complicação frequentemente presente nos doentes em ambiente de UCI. Perante esta constatação desenvolvi pesquisa bibliográfica que me possibilitou aumentar conhecimentos dentro desta temática e também realizar intervenções promovendo a melhoria dos cuidados relativamente ao diagnóstico, prevenção e tratamento do *Delirium*.

4.1 - Conceitos

Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013), citado por (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020, p. 81 in Pinho, 2020), considera o *Delirium* um distúrbio da consciência com diminuição da capacidade de focar, manter ou alterar a atenção, implicando uma alteração da cognição ou o desenvolvimento de uma perturbação que não se deve à existência previa de demência ou à evolução da mesma. O mesmo manual caracteriza o *Delirium* como uma alteração aguda da atenção e consciência que se desenvolve num intervalo de tempo relativamente curto e é associado a déficits cognitivos adicionais, como déficit de memória, desorientação ou distúrbios perceptivos. O *Delirium* costuma estar associado a perturbação no sono-vigília, o que pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer, sono excessivo durante o dia ou vigília durante a noite. Por vezes pode resultar em

inversão total do sono-vigília/ noite-dia. O indivíduo com *Delirium* pode mostrar perturbações emocionais, como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia bem como, mudanças rápidas e imprevisíveis de um estado emocional a outro, o que pode ficar evidente ao chamar, gritar, murmurar, queixar-se ou produzir outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições em que faltam estímulos ambientais

Alguns autores referem que o *Delirium* pode ser caracterizado como uma “síndrome neuropsiquiátrica aguda, que se desenvolve num curto período e com início súbito, afetando a consciência, a atenção, a atividade psicomotora e o ciclo sono-vigília” (Sousa, Simões, & Araujo, 2019, p. 50).

O *Delirium* pode ser caracterizado como uma disfunção encefálica aguda ou síndrome neuropsiquiátrica. O doente apresenta déficite de atenção e cognição (desorientação temporal, comprometimento do juízo, memória e pensamento) combinadas com flutuações do estado mental e humor (apatia, irritabilidade, euforia ou ansiedade), nível alterado de consciência, alterações da percepção (distorções ou ilusões sensoriais), 26 perturbações psicomotoras (letargia ou movimentos desorganizados) e possível inversão do ciclo de sono-vigília (Pincelli, Waters, & Hupsel, 2015).

O *Delirium* representa uma complicação frequente em UCI, caracteriza-se pela perturbação da atenção, da consciência e da cognição e pode afetar a capacidade de pensar com clareza e de comunicar de forma eficaz. A sua prevalência em doentes internados em UCI pode atingir os 87% (Pinheiro, Godinho, Mendes, & Marques, 2022). A presença de *Delirium* “leva a um aumento dos dias de internamento, do tempo de ventilação mecânica, dos custos, da mortalidade e a um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo” (Hickin, White, & Knopp-Sihota, 2017, p. 44).

Em Portugal desconhece-se a prevalência de *Delirium*, mas vários estudos acompanham os dados internacionais, inferindo-se assim que a sua percentagem esteja em linha com os restantes países europeus. Na população adulta com idade igual ou superior a 18 anos numa UCI a prevalência de *Delirium* é de 83% a 87% (Prayce, Quaresma, & Neto, 2018).

Pincelli, Waters, & Hupsel (2015, pp. 131-139), referenciam uma incidência do *Delirium* entre 47% a 80%, porém alertam também para o facto de nem sempre ser diagnosticado devido à desvalorização e/ou não reconhecimento, ou ainda por não ser considerado como a razão principal do internamento. Os mesmos autores estimam que cerca de 30% a 66% dos casos de *Delirium* não são devidamente diagnosticados e tratados corretamente.

Pereira, et al. (2016, pp. 29-36), descrevem o subdiagnóstico do *Delirium* como sendo uma realidade, principalmente nas UCI. Segundo estes autores, os profissionais de saúde, não reconhecem o *Delirium* da mesma forma que o fazem com outras disfunções orgânicas sendo que cerca de 66% dos casos podem mesmo não chegar a ser diagnosticados, percentagem que ascende aos 75% nos doentes em que o *Delirium* é hipoativo.

Estudos mais recentes, (Ali & Cascella, 2022), referem que o *Delirium* representa a manifestação clínica mais comum de disfunção cerebral aguda nas UCI, afetando até 83% dos pacientes em VM. Tratando-se de uma perturbação de início súbito, a sua avaliação deve ser realizada sempre que se justifique, uma vez que o facto de ser sistematicamente subvalorizado, induz muitas vezes, ainda que erradamente, seja tratado apenas como uma iatrogenia induzida por fármacos.

O *Delirium* pode manifestar-se de diferentes formas, sendo consensual descrever três subtipos, hiperativo, hipoativo e misto, que se diferenciam de acordo com o comportamento psicomotor apresentado pelo paciente. O hiperativo, caracteriza-se pelo aumento da atividade psicomotora. O hipoativo tem como característica a desatenção e a diminuição da atividade psicomotora. Por sua vez o misto é um estado de flutuação imprevisível entre os dois subtipos (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020, in Pinho, 2020).

No *Delirium* hiperativo a agitação é predominante apresentando agressividade e risco potencial de auto e hetero-agressão. (Bastos, Beccaria, Silva, & Barbosa, 2019). Este subtipo de *Delirium* é o mais identificado fora das UCI. Ainda assim, na UCI este tipo de *Delirium* é responsável por cerca de 23% dos casos. Caracteriza-se por agitação, inquietação, labilidade emocional e características psicóticas positivas, como alucinações, ilusões que muitas vezes interferem na prestação de

cuidados. Nos doentes idosos, os sintomas psicóticos de início recente, provavelmente não são uma doença mental primária, pelo que se deve analisar se se trata de uma causa farmacológica ou fisiológica (Ali & Cascella, 2022).

Relativamente ao *Delirium* hipoativo, o doente apresenta-se, geralmente prostrado e pouco comunicativo (Bastos, Beccaria, Silva, & Barbosa, 2019). Tem uma prevalência de 24,5%-43,5% nas UCI. Muitas das vezes caracterizado por confusão, sedação, apatia, responsividade diminuída, função motora lenta, atitude retraída, letargia e sonolência. O *Delirium* hipoativo é consistentemente subestimado e está associado a um pior prognóstico, pois os doentes que sofreram de *Delirium* hipoativo apresentaram aumento da mortalidade em 6 meses (Ali & Cascella, 2022).

Por último, mas igualmente importante, o *Delirium* misto tem uma prevalência de 52,5% nas UCI. É o subtipo de *Delirium* mais frequente, representando cerca de metade total dos casos. É uma combinação das duas formas descritas anteriormente, e os doentes manifestam uma flutuação de características hipoativas e hiperativas (Ali & Cascella, 2022).

O *Delirium* é um estado confusional, e nem sempre é simples identificar o fator/causa, pelo que se torna necessária uma avaliação completa de forma a identificar causas/fatores reversíveis de *Delirium*. Existem vários fatores que podem precipitar o surgimento do *Delirium* sendo a sua causa complexa e multifatorial, não estando totalmente esclarecida dependendo da interação entre características do doente (ex: idade, género), da situação clínica (ex: infeção urinária, enfarte agudo do miocárdio) e das características do meio (ex: presença dispositivos invasivos, realização de manobras invasivas e o internamento em cuidados intensivos) (Prayce, Quaresma, & Neto, 2018). Os mesmos autores reconhecem com alto nível de evidência os seguintes fatores de risco: a existência de perturbação cognitiva prévia, como a demência; depressão; alterações da concentração sérica do sódio; diminuição da acuidade visual e a idade igual ou superior a 70 anos.

Existem diversas teorias, no entanto acredita-se que a origem do *Delirium* se deva a uma interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais. Entre os mecanismos fisiológicos, destacam-se a inflamação sistémica, o desequilíbrio

eletrolítico, a hipoxemia e a hipoperfusão cerebral. Dos mecanismos psicológicos destacam-se a ansiedade, o medo, o stress e a dor. Relativamente aos mecanismos ambientais, salientam-se o isolamento social, a privação do sono, o barulho e falta de luz natural. Nesse sentido, há uma grande variedade de possíveis causas de *Delirium* que variam de intoxicação e estados de abstinência, causas neurológicas graves, como meningite e acidente vascular cerebral. A prevenção, identificação e tratamento de *Delirium* é essencial para a evolução do doente (Ali & Cascella, 2022).

O conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores e as causas que favorecem a ocorrência do *Delirium* é essencial para realização de um plano de cuidados adequado, objetivo e individual de forma a minimizar a sua ocorrência. Ali & Cascella (2022) no seu estudo fazem a distinção das principais causas do *Delirium* e os fatores de risco inerentes a uma UCI.

Segundo os citados autores, as principais causas de *Delirium* são: infecciosas, metabólicas, neurocognitivas, intoxicação/abstinência alcoólica, metabólicas, hipoglicemia, hipoxia, deficiência de vitaminas, convulsões, patologia vascular e endócrina, trauma e medicamentos.

Alguns autores estimam que o doente internado em UCI apresenta mais de 10 fatores de risco de desenvolver *Delirium*, fazendo a sua divisão em fatores não modificáveis, pré-existentes à data do internamento, e fatores modificáveis decorrendo de uma situação patológica aguda, causas iatrogénicas ou ambientais (Pereira, et al., 2016).

Os fatores de risco podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis de acordo com a natureza individual de cada doente e dos problemas patológicos apresentados, podendo ser classificados em fatores predisponentes e precipitantes. Relativamente aos fatores predisponentes destacam-se os não modificáveis como características individuais (ex: idade, institucionalização ou viver sozinho, hipertensão, alterações genéticas, défice cognitivo prévio, história de alcoolismo, história de abuso de substâncias, história de tabagismo, história de depressão, infeção por vírus da imunodeficiência humana e doença renal ou hepática prévia), e os modificáveis que compreendem as comorbilidades (privação

sensorial decorrentes do comprometimento da visão e audição por exemplo). Dentro dos fatores precipitantes encontram-se os fatores não modificáveis relacionados com a doença aguda que determinou o internamento (doença severa, doença respiratória, doença do foro médico e cirúrgico, cirurgia cardíaca, necessidade de ventilação mecânica, quantidade de medicação administrada por via parentérica (mais de 3 perfusões), elevação de marcadores inflamatórios, a presença de metabolitos de aminoácidos neutros de cadeia longa, diminuição da exposição à luz solar e isolamento e os fatores modificáveis (anemia, acidose, hipotensão, infeção/sépsis, desequilíbrios hidroeletrólíticos, hipertermia, ausência de visitas durante o internamento, sedativos/analgésicos, imobilidade, uso de restrições físicas, cateter vesical, cateter venoso periférico ou cateter venoso central, linha arterial e sonda nasogástrica, privação do sono e restrição física (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020 in Pinho, 2020).

A PADIS- Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delírium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU recomendada pela Society of Critical Care Medicine, em 2018, define os fatores de risco como modificáveis (transfusões de sangue e uso de benzodiazepinas) e não modificáveis (idade, demência, coma prévio, cirurgia pré-internamento e índices de gravidade elevados), com forte evidência da relação com a ocorrência do *Delirium* (Devlin, et al., 2018).

4.2 – Prevenção e tratamento do *Delirium*

A prevenção do *Delirium* em UCI torna-se crucial para a melhoria dos cuidados prestados à PSC, sendo determinante compreender os fatores potencialmente modificáveis centrando-se a equipa multidisciplinar numa intervenção concertada e individualizada a cada doente. Estabelecer protocolos de prevenção que tenham como objetivo a alteração dos fatores predisponentes e precipitantes é considerada uma boa estratégia e com menor custo na redução da incidência de *Delirium* (Faria & Moreno, 2013).

A complexidade do doente crítico está a aumentar de dia para dia, como tal torna-se necessário criar estratégias que permitam prestar cuidados mais complexos com

segurança e efetividade. Falar de prevenção e tratamento remete-nos para um conceito mais amplo, estando diretamente relacionado com o *Delirium* o controlo da dor, a agitação/sedação, a imobilização e perturbações do sono, em doentes internados em UCI (PADIS) tal como está definido pela Society of Critical Care Medicine (Park & Lee, 2019).

A PADIS Guidelines de 2018, recomenda o uso da CAM-ICU e ICDSC, sendo as que apresentam maior sensibilidade (Devlin, et al., 2018). Para a população portuguesa está validada a CAM-ICU, sendo um instrumento com elevada sensibilidade, especificidade e simples de utilizar. A CAM-ICU avalia 4 características de modo sequencial: alteração ou flutuação súbita do estado mental, em relação ao que era antes; desatenção; nível de consciência alterado (avaliação de score de RASS atual); pensamento desorganizado. A RASS constitui uma parte do exame neurológico e atesta o nível de consciência, avaliando a qualidade e profundidade da sedação. Esta escala varia entre valores de -5 a +4, sendo que para aplicação da CAM-ICU apenas é possível para Score de RASS igual ou superior a -3. (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020, pp. 82-91 in Pinho, 2020).

Tendo por base as guidelines para a gestão da dor, agitação e *Delirium*, foram definidas um conjunto de ações que se relacionam entre si e que influenciam a ocorrência de *Delirium*. Estas ações foram agrupadas de forma a uniformizar a sua utilização, criando-se a bundle ABCDEF (A-Assess, Prevent, and Manage Pain; B – Both Spontaneous Awakening Trials & Spontaneous Breathing Trials; C – Choice of Analgesia and Sedation; D – Delirium: Assess, Prevent and Manage; E – Early Mobility and Exercise; F – Family Engagement and Empowerment). “A evidência científica atual, recomenda a utilização da bundle, pois possibilita uma abordagem completa do doente, uma melhor utilização dos recursos, um melhor controlo da dor, uma melhoria na taxa de sobrevivência hospitalar, uma diminuição na taxa de prevalência de *Delirium* e uma diminuição do número de dias de ventilação mecânica” (Pinheiro, Godinho, Mendes, & Marques, 2022, p. 10). A bundle ABCDEF foca-se efetivamente na prevenção do *Delirium* (Marra, Ely, Pandharipande, & Patel, 2017).

Segundo um estudo realizado em 2021 (Gómez Tovar & Henao-Castaño, 2021), que teve como objetivo descrever as intervenções de cada componente da bundle

ABCDEF e a sua eficácia na prevenção e tratamento do *Delirium* em doentes internados em UCI, realizado no âmbito de uma tese de doutoramento, compreende uma revisão sistemática da literatura, tendo sido selecionados 23 artigos, tendo sido possível identificar intervenções para cada um dos constituintes da bundle ABCDEF. Como resultados do estudo foi demonstrada a importância das diferentes intervenções constituintes da ABCDEF, verificando-se uma elevada eficácia na diminuição da incidência e duração do *Delirium*, assim como na redução dos dias de ventilação mecânica e da mortalidade na PSC internada em cuidados intensivos. Do estudo resultaram as seguintes intervenções: monitorização da dor e controlo com terapêutica e técnicas de relaxamento; implementação do protocolo da respiração e acordar espontâneo; preferência pela administração analgesia em detrimento da sedação; monitorização do estado de consciência e nível de sedação com escalas validadas, monitorizar o *Delirium* pelo menos uma vez por dia; promover a mobilização precoce; envolver a família no processo de recuperação do doente.

Segundo (Gómez Tovar & Henao-Castaño, 2021) as intervenções associadas à bundle ABCDEF podem ser sistematizadas da seguinte forma:

A – (Avaliação, prevenção e tratamento da dor) Avaliação frequente da dor com uso de escalas validadas; Controlo da dor com medidas não farmacológicas, de conforto e com alguns analgésicos; aplicar estratégias de terapia não farmacológica como técnicas de massagem, musicoterapia, terapia de frio e técnicas de relaxamento como medidas primárias, antes da administração de analgésicos.

B – (Despertar o doente e treino de respiração espontânea) A interrupção diária da sedação e analgésicos é oportuna para despertar diariamente e alcançar a respiração espontânea.

C – (Seleção de sedação e analgesia) Iniciar com a avaliação frequente do estado de sedação com a aplicação das escalas RASS ou SAS; sugere o uso de sedação guiada por objetivos, sedação leve, de forma intermitente ou nenhuma.

D – (Avaliação, prevenção e gestão do *Delirium*) Monitorizar o *Delirium* com o uso de escalas validadas: CAM ICU ou ICDSC; Colocação de próteses auditivas e

oftálmicas; Estimulação cognitiva; Promoção do sono; Remoção de imobilizadores; Redução de estímulos desnecessários, como ruído e luz artificial.

E – (Mobilidade Precoce) A mobilização precoce é recomendada mesmo em pacientes em ventilação mecânica, através da mobilização passiva; sempre que os doentes tenham condições para tal devem ser promovidos exercícios de mobilização ativa de acordo com as limitações de cada doente; Levantes para o cadeirão e treinos de marcha devem ser incentivados.

F – (Envolvimento da família) Intervenções concentram-se em envolver a família na tomada de decisões, planeando o tratamento, os cuidados de rotina e programando visitas ao doente ou dando a possibilidade de realizar videochamadas com o Tablet ou um telemóvel do serviço; possibilitar a existência na unidade, fotos de pessoas significativas para o doente.

4.3 – O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento do *Delirium*

O desenvolvimento do *Delirium* na PSC, está associado a várias consequências negativas, como o aumento da mortalidade, da morbilidade, do tempo de internamento, bem como ao elevado custo hospitalar. Torna-se assim imprescindível investir na prevenção da ocorrência do *Delirium* (Park & Lee, 2019).

O reconhecimento e identificação precoce, pelos enfermeiros, de fatores de risco na admissão e nas primeiras 24 horas de internamento em UCI são fundamentais para a definição de estratégias de monitorização e prevenção de *Delirium*, (Devlin, et al., 2018). Os enfermeiros devem programar intervenções de enfermagem para a prevenção do *Delirium* reconhecendo fatores de risco. potencialmente modificáveis tais como: promoção da nutrição e hidratação, gestão de dispositivos clínicos, promoção de visitas de familiares, promoção da utilização de próteses auditivas e dentárias gestão adequada na medicação prescrita, posicionamentos e oxigenoterapia adequados. (Pereira, et al., 2016).

Da pesquisa bibliográfica realizada nesta temática foram encontradas várias referências às intervenções de Enfermagem na prevenção do *Delirium* que podem ser agrupadas em sete categorias: o ambiente; promoção do sono; intervenção

terapêutica precoce; avaliação cognitiva e orientação dos doentes; protocolos; participação dos familiares; formação dos enfermeiros e ensino do doente.

Relativamente ao Ambiente: Providenciar abertura/ encerramento das persianas; facilitar musicoterapia, em tom baixo, ritmo lento e repetitivos; providenciar óculos e aparelhos auditivos, caso alteração da acuidade visual e auditiva; providenciar ambiente harmonioso: proximidade com os enfermeiros, objetos familiares, minimizar movimentações do doente, reduzir volume dos alarmes do monitor e telefones, aromaterapia. Relativamente à Promoção sono: Proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável; facilitar luz adequada ao ciclo circadiano e redução do ruído; providenciar, se necessário, indutores do sono; evitar que a pessoa durma durante o dia e evitar procedimentos durante a noite; providenciar locais de menor ruído para doentes mais fragilizados; proporcionar tampões para os ouvidos (se necessário). Intervenção terapêutica precoce: Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas; prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia; proporcionar mobilização precoce e exercício; proporcionar fármacos indutores do sono/sedativos adequados à prevenção do delirium precocemente; remover cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infeção; proporcionar um controlo adequado da dor; monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente.

Também, avaliação cognitiva e orientação: Avaliar o conhecimento com posterior orientação dos doentes quanto ao local e suas características, data/ hora e razão pela qual está na UCI; identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados; explicar os sons que poderá ouvir, de bombas infusoras, monitores, ventiladores; permitir visitas de familiares/pessoas significativas; permitir mensagens áudio com voz familiar; providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditivo; fornecer calendário aos doentes e relógios com monitor grande; facilitar comunicação verbal/ não verbal adequados aos doentes; minimizar as restrições físicas (apenas perante quadros de agitação severa, para proteção do doente). Protocolos: Protocolo "MORE" (música; abertura/encerramento de persianas, reorientação/ estimulação cognitiva); Bundle ABCDEF (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação, monitorização do delirium, mobilização precoce, empowerment

familiar; Bundle DPB (suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono). Participação dos familiares: Permitir a inclusão dos familiares na prestação de cuidados; incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com o doente; explicar à família quando ocorre o delirium, do que se trata, que é uma situação temporária e que melhora após tratamento. Formação dos enfermeiros e ensino dos doentes: Informar o doente das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer; facultar aos enfermeiros formação acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do delirium.

As intervenções de enfermagem, anteriormente descritas, têm como objetivo prevenir o *Delirium* nos doentes internados numa UCI. Os cuidados de enfermagem devem ser direcionados. Uma intervenção objetiva, eficaz e preventiva ajuda no tratamento adequado, previne agravamento da patologia e reduz as complicações que este pode acarretar.

O desconhecimento dos profissionais acerca dos tipos de *Delirium*, suas manifestações e prevenção, levam a maior probabilidade de ocorrência do *Delirium*. Assim torna-se importante a formação dos enfermeiros acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do *Delirium*; ensinamentos ao doente acerca das intervenções a realizar.

Tendo em conta as oportunidades de melhoria detetadas e a pesquisa realizada, no decorrer do estágio realizado na UCI-CT foi identificada a necessidade de atualizar conceitos acerca da temática *Delirium*, tendo realizado a pesquisa bibliográfica anteriormente apresentada e elaborado um Guia de Consulta Rápida denominado de Avaliação e Prevenção de *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica (APÊNDICE II), com o objetivo consciencializar a equipa multidisciplinar para a importância da prevenção do *Delirium*. Neste panfleto foram ainda abordadas outras temáticas nomeadamente a Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS) e a Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU).

Também, a partir do estudo da bundle ABCDEF, foi identificada uma oportunidade de melhoria no SMI, tendo sido desenvolvido um panfleto (Apêndice III) denominado de “Delirium em Cuidados Intensivos -Guia para Familiares e

Cuidadores”, com o objetivo de informar e alertar os familiares e cuidadores para a temática do *Delirium*, abordando a importância do papel da família na prevenção e tratamento do *Delirium* em doentes internados nos cuidados intensivos.

A realização destas propostas de melhoria de cuidados, tendo por base a análise crítico reflexiva dos contextos de estágio, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática, sensibilizar as equipas para a mesma e contribuir para a melhoria dos cuidados à PSC e família.

5 – CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório final permitiu-me refletir e analisar o percurso realizado ao longo dos estágios e o processo de aquisição de competências enquanto futuro EEEMC na área da PSC e Mestre em Enfermagem. “Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363). Além disso, compete-lhe liderar projetos de formação, de assessoria e de investigação, que permitem atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da EMC à PSC, desenvolvendo uma prática nas mais recentes evidências.

O processo de aquisição de competências especializadas em contexto de estágio foi iniciado na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” no segundo semestre do primeiro ano, obtendo continuidade na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Ao longo deste percurso tive oportunidade de sustentar a minha prática clínica no raciocínio crítico reflexivo, fomentando a procura da mais recente evidência científica, refletindo neste relatório o percurso desenvolvido nos contextos de prática clínica, que me permitiram desenvolver competências que integram o saber-saber, saber-fazer e saber-ser. Este trabalho pretende ser o reflexo fiel das atividades realizadas ao longo dos estágios.

A realização dos estágios permitiram-me aperfeiçoar a prestação de cuidados de forma sistemática, desenvolvendo uma prática de cuidados de qualidade e em ambientes seguros. Os estágios revelaram-se um grande contributo para a aquisição de novos conhecimentos e competências na área da pessoa em situação crítica, trazendo-me também desafios que foram superados recorrendo a pesquisas bibliográficas e discussão com os enfermeiros tutores.

A prestação de cuidados à PSC, pela tipologia de doentes alvos destes cuidados, reveste-se de grande complexidade o que exige do EE, uma grande dedicação,

conhecimento e atenção a todos os pormenores. Tratando-se de uma realidade distinta da minha prática habitual, inicialmente senti algumas dificuldades na perceção integral do doente crítico e família e no manuseio de equipamentos diferenciados e nas suas especificidades, que ao longo do tempo foram colmatadas, com a evolução da minha integração nos serviços.

Ao longo dos estágios mantive uma postura humanizadora, orientada por uma matriz de responsabilidade ética, social e deontológica, baseada em conhecimento científico e num espírito de reflexão crítica e atitude proativa de autoformação constante. Orientei a prestação de cuidados dando ênfase à segurança e qualidade dos mesmos à PSC, salientando a importância de uma comunicação terapêutica com o doente, família e equipa multidisciplinar, tendo como objetivo o conforto e bem-estar do doente.

O desenvolvimento e aquisição de competências teve por base as competências comuns do EE. Relativamente à Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, desenvolvi uma prática de cuidados assente no cumprimento dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, participando como membro ativo da equipa, desenvolvendo uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, com a PSC e suas famílias. Procurei a aquisição de competências suportada no conhecimento científico e na prática, garantindo o respeito princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, definidos no código deontológico do Enfermeiro. Desenvolvi competência na área da comunicação terapêutica com o doente e família, comunicação de más notícias e respeito pela pessoa doente, zelando acima de tudo pelo seu conforto e bem-estar, respeitando as suas crenças, raça, sexo e etnia prestando cuidados de qualidade e de forma holística.

Em relação à melhoria contínua da qualidade, desenvolvi competências relacionada com a prestação de cuidados especializados tendo em conta os critérios de qualidade e segurança preconizados em cada serviço, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. A gestão do ambiente terapêutico assume a promoção de uma prática segura na gestão medicamentosa, na prevenção de erros e incidentes.

Na Gestão dos Cuidados, o EE adequa os recursos às necessidades de cuidados, providenciando os meios materiais necessários a uma prestação de cuidados de excelência. Neste âmbito tive oportunidade de exercer funções de gestão de stock de medicamentos, gestão de equipamentos e materiais de consumo clínico, verificando as necessidades existentes a cada momento no sentido de garantir uma prestação de cuidados efetiva a todos os doentes. Acompanhei ainda a gestão das equipas e distribuição da carga de trabalho.

No que concerne às Aprendizagens Profissionais, o EE favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências. Tem também um papel essencial no desenvolvimento da disciplina de enfermagem e na Transmissão de novos conhecimentos. Desta forma refleti em cada estágio sobre as necessidades formativas de cada serviço de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para aquisição de competências técnicas e científicas nesta área, desenvolvi diversas atividades das quais destaco: monitorização da PSC; implementação de protocolos de controlo de infeção; monitorização invasiva e não invasiva; preparação de fármacos sedativos e de suporte hemodinâmico; implementação prática de protocolos de sedação analgesia e avaliação do *Delirium*; intervenções de enfermagem ao doente ventilado e técnicas de substituição renal.

Ao longo dos estágios realizei pesquisa bibliográfica na temática do *Delirium*, por se tratar de um tema atual, sensível aos cuidados de enfermagem, mas que muitas vezes é desvalorizado, tendo desenvolvido na UCI-CT um guia de consulta rápida designado de “Avaliação e Prevenção do *Delirium*”, e no SMI desenvolvi um panfleto denominado de “Informação para Familiares e Cuidadores”, onde é dada relevância à família na prevenção do *Delirium*, de acordo com as mais recentes evidências científicas e com a bundle ABCDEF.

Realizei uma pesquisa bibliográfica na temática do *Delirium*, por ser um tema atual e de grande relevância pelas consequências que podem advir desta situação clínica. Foram abordados os tipos de *Delirium*; os fatores de risco, a prevenção e tratamento do *Delirium* e por último o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento de *Delirium*, assim como as propostas de melhoria nos contextos de estágio.

A elaboração deste relatório implicou grande esforço e investimento pessoal dado a limitação de tempo para explorar outras temáticas e desenvolver outros projetos ao longo dos estágios, uma vez que conciliar a atividade profissional com os estágios se revelou um grande desafio, no entanto as oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento foram gratificantes e com estas consegui adquirir novos conhecimentos que irão fazer a diferença no meu desenvolvimento enquanto futuro EE.

Considero que os objetivos propostos para este relatório foram alcançados de uma forma geral, tendo por base esforço, responsabilidade, empenho e dedicação. A transcrição e análise de todas as experiências vivenciadas, nem sempre foi fácil de realizar, no entanto todas me fizeram refletir na minha prática diária, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional e para a melhoria dos cuidados prestados.

Este percurso revestiu-se de enorme importância para mim, conseguindo neste momento verificar uma significativa melhoria na conceção e prestação de cuidados.

Por fim destaco ainda a obtenção do grau de Mestre competência descrita pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior como “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”, (Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2018, p. 4162).

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcão, I., & Rua, M. (23 de Maio de 2005). Interdisciplinaridade, estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Teste e contexto em Enfermagem*, 373-382. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt>
2. Ali, M., & Cascella, M. (8 de Agosto de 2022). ICU Delirium. *Stat Pearls*, pp. 1-18. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5º Edição ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. Obtido de [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
4. Baruzzi, A. C., Stefanini, E., & Manzo, G. (16 de Novembro de 2018). Fibrinolíticos: Indicações e Tratamento das Complicações Hemorrágicas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*(4), pp. 421-427. doi:<https://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182804421-7>
5. Bastos, A., Beccaria, L., Silva, D., & Barbosa, T. (Março de 2019). Identificação de delirium e delirium subsindromático em pacientes de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 483-488. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0240>
6. Cruz, C., & Riera, R. (26 de Fevereiro de 2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. pp. 106-108. Obtido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
7. Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., . . . Bosma, K. (Setembro de 2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *CRITICAL CARE MEDICINE*, 9(46), pp. 825-873. doi:[doi:10.1097/CCM.0000000000003299](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299).

8. Direção Geral de Saúde. (08 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma 011/2017*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
9. Direção Geral de Saúde. (13 de Julho de 2017). *Norma 015/2017 Via Verde Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx)
10. Direção Geral de Saúde. (17 de Novembro de 2022). *Norma clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx)
11. Direção Geral de Saúde. (17 de Novembro de 2022). *Norma Clínica: 021/2015 Atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx)
12. Direção Geral de Saúde. (29 de Agosto de 2022). *Norma Clínica: 022/2015 - atualizada a 29/08-/2022 Feixe de Intervenções” para a prevenção da infecção relacionada com o Cateter Venoso Central*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx)
13. Direção Geral de Saúde. (18 de Novembro de 2022). *NORMA: 012/2022 Via Verde do Trauma no Adulto*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx)
14. Direcção Geral de Saúde. (16 de Maio de 2017). *Norma 10/2016 Via Verde Sépsis no Adulto*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/directrizes-da](https://www.dgs.pt/directrizes-da)

dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx

15. Faria, R. S., & Moreno, R. P. (8 de Maio de 2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realziada subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 137-147. doi:DOI: 10.5935/0103-507X.20130025
16. Franco, B., Busin, L., Chianca, T., Moraes, V., Pires, A., & Lucena, A. (2018). Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-10. doi:doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
17. Gómez Tovar, L., & Henao-Castaño, Á. (1 de 9 de 2021). Intervenciones y efectividad del Paquete ABcdEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Av. enferm*, 39(3), pp. 395-414. doi:doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.85828
18. Hickin, S., White, S., & Knopp-Sihota, J. (Agosto de 2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive Crit Care Nurs*, 41, pp. 43-49. doi:10.1016/j.iccn.2017.03.010
19. INEM. (2012). *Emergências Trauma - Manual TAS*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%AAsncias-Trauma.pdf>
20. INEM. (2013). *INEM*. Obtido de <https://www.inem.pt/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%AAsncia-M%C3%A9dica.pdf>
21. INEM. (2020). Obtido de inem.pt: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
22. Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (12 de Novembro de 2021). Nursing Activities Score: Adaptação Transcultural e Validação para a População Portuguesa. *Servir*, 19-30. doi:DOI:10.48492/servir0201.23763

23. Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P., & Patel, M. (Abril de 2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*, 2(33), pp. 225–243. doi:10.1016/j.ccc.2016.12.005
24. Ministério da ciência e do Ensino Superior. (16 de Agosto de 2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário Da Republica, 1ª Série*. Obtido de diariodarepublica.pt/.
25. Ministério da Saúde. (24 de Setembro de 2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Obtido de Diário da República: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
26. Ministério da Saúde. (24 de Setembro de 2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Obtido de diariodarepublica.pt: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
27. Moreira, I., Paes, L., Araújo, L., Rocha, F., Almeida, C., & Carvalho, C. (4 de Janeiro de 2018). Erros na administração de medicamentos pela Enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 95-99. Obtido de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6ab7aadcb587-4f9f-9cf7-90d7653de517%40redis>
28. Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., & Zoboli, E. (25 de Setembro de 2015). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em Enfermagem. p. 2. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
29. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
30. Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). *Estudo da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

31. Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro*. Obtido de [diariodarepublica.pt: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896)
32. Ordem dos Enfermeiros. (10 de Março de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. pp. 5949-5951. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
33. Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
34. Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Obtido de [ordem dos enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
35. Ordem dos Enfermeiros. (14 de Junho de 2017). Parecer conjunto nº 1/2017 do conselho de enfermagem e da mesa do colégio de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. *Atribuição de responsável de Turno*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
36. Ordem dos Enfermeiros. (2 de Julho de 2018). Parecer nº 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
37. Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República, 2.ª série -N.º 135 -16 de julho de*

- 2018, 19359-19370. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
38. Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de [ordemdosenfermeiros.pt](https://www.ordemenfermeiros.pt): <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
39. Ordem dos Médicos. (17 de Julho de 2018). Documento orientador da formação em medicina intensiva. *Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. Obtido de <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
40. Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Obtido de [ordemosmedicos.pt](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf): https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf
41. Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2017). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://ds4.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
42. Park, S. Y., & Lee, H. B. (Maio de 2019). Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute and Critical Care Journal*, 34(2), pp. 117-125. doi:<https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>
43. Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vaconcelos e Sá, R., & Moreno, R. (25 de Março de 2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Obtido de Ministério da Saúde: <https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
44. Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M., & Santos, M. (9 de Maio de 2016). Delírium no doente crítico: fatores de

- risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência Série IV n°9*, pp. 29-36. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
45. Pincelli, E., Waters, C., & Hupsel, Z. (24 de Setembro de 2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, pp. 131-139. Obtido de <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/143/592>
46. Pinheiro, I., Godinho, H., Mendes, J., & Marques, M. (02 de Abril de 2022). Delirium em unidade de cuidados intensivos: Modelo preditivo e Bundle ABCDEF. *RIASE-Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, Volume 8(1)*, pp. 7-21.
47. Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel.
48. Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. (31 de Janeiro de 2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 51-58. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.9670>
49. Rodrigues, M. D., Santana, L. F., & Galvão, I. M. (Out-Dez de 2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina*, pp. 278-280. doi:10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280
50. Silva, M., & Santana, J. (Outubro de 2018). Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arquivos catarinenses de Medicina*, 146-154. Obtido de <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/359/321>
51. Sousa, L., Simões, C., & Araujo, I. (Dezembro de 2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 49-57. Obtido de <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n22/n22a07.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Organização da Sala de Trauma

1. Objetivos

- a) Disponibilizar a todos os doentes vítimas de trauma o atendimento adequado técnica e cientificamente eficaz, diminuindo a mortalidade e morbilidade;
- b) Fornecer a todos os profissionais as características e constituição da Sala de Trauma, facilitando a sua integração e atuação em situações reais de atendimento a doentes vítimas de trauma;
- c) Organização de cuidados a doentes traumatizados e otimização de recursos materiais e Humanos existentes;

2. Âmbito

- a) Procedimento destinado à equipa de multidisciplinar do Serviço de Urgência

3. Descrição

Os Hospitais com atendimento de doentes traumatizados devem dispor de todos os recursos técnicos e humanos, 24 horas por dia (em presença, prevenção ou rapidamente disponíveis), para tratar toda e qualquer lesão traumática.

- a) Equipa Multidisciplinar de Trauma:

Quantidade	Equipa Multidisciplinar de Trauma:
	Médico Emergêncista 1
	Enfermeiro
	Auxiliar de Acção Médica
	Médico Anestesista
	Médico de Cirurgia Geral
	Médico Intensivista
	Médico Neurocirurgião
	Médico Ortopedista
	Médico Radiologista
	Segundo Enfermeiro
	Cirurgia Cardiorácica 3
	Cirurgia Maxilo-Facial 3
	Cirurgia Plástica e Reconstructiva 3
	Cirurgia Vasculuar
	Cirurgia Vasculuar
	Ginecologia/Obstetrícia
	Hemoterapia
	Nefrologia
	Neurorradiologia
	Oftalmologia
	Otorrinolaringologia

	Pneumologia 3
	Urologia
	1 Emergêncista - médico de qualquer especialidade c/ formação e experiência em medicina de emergência, reconhecida pela Ordem dos Médicos.
	2 A rentabilizar, quando presente.
	3 Prevenção ou transferência em tempo útil

b) Organização da sala de trauma:

Quantidade	Sala de Trauma – Área por Doente:
	Capacidade mínima de admissão de dois doentes
	25 m2 de área por doente
	<u>Maca de reanimação:</u>
	Leito Duro
	Capacidade de transporte
	Capacidade de proclive, fowler e trendleburg
	Gaveta de material de Rx
	12 Tomadas elétricas
	1 Tomada elétrica para equipamento de radiologia/cada 2 doentes
	2 Sistemas de vácuo
	3 Rampas de oxigénio
	2 Tomadas de ar comprimido
	1 Foco de luz de cabeceira
	1 Foco portátil
	Rx suspenso (para cada 2 doentes)
	Ponto de lavagem e desinfeção das mãos
	2 Mesas de trabalho para procedimentos
	Três seringas perfusoras
	Três bombas perfusoras
	2 Garrafas portáteis de Oxigénio

c) Comunicações

Quantidade	Comunicações:
	Telefone – Rede interna
	Telefone – Rede externa
	Telefone – Rede CODU
	Computador – Rede interna
	Computador – Internet
	Sistema Sonoro de Alarme Interno (ativação da equipa)
	Sistema de chamada direta da equipa de trauma (bip, telemóvel, etc.)
	Telemedicina

d) Monitorização

Quantidade	Monitorização:
	Compatibilidade com BO, UCI
	Capacidade de registo (ou débito de informação para outro sistema)
	Capacidade de análise das medições anteriores
	Alarmes sonoros e visuais
	Frequência Cardíaca e Electrocardiograma
	Pressão Arterial Indirecta
	Pressões Invasivas (2 módulos)
	Oximetria de Pulso
	Temperatura
	CO2 expirado

e) Material de trauma

Quantidade	Material de Trauma
	<u>Imobilização:</u>
	Plano Duro
	Colar Cervical Rígido
	Fixadores Laterais
	Aranhas (fixadores de corpo)
	Talas, Tracção Esquelética
	Bandas de Contenção da Bacia
	Aquecedor de Soros
	Sistema de infusão de soros alto débito
	Mantas Isotérmicas
	Aparelho difusor de ar quente para aquecimento do doente
	2 Estetoscópios
	Otoscópio
	Ecógrafo portátil
	Ecocardiógrafo
	Electrocardiógrafo de 12 derivações
	<u>Desfibrilhador bifásico c/ capacidade de pacemaker externo</u>
	Pás de desfibrilhação pediátricas
	Pás de desfibrilhação interna
	Rx portátil
	Máquina de Glicemia Capilar
	Contentor de agulhas
	Negatoscópio
	Material de pequena cirurgia (finoquetes, porta-agulhas, tesouras)
	Clamps
	Aspirador de baixa pressão
	Aspirador de linha de vácuo

f) Fármacos

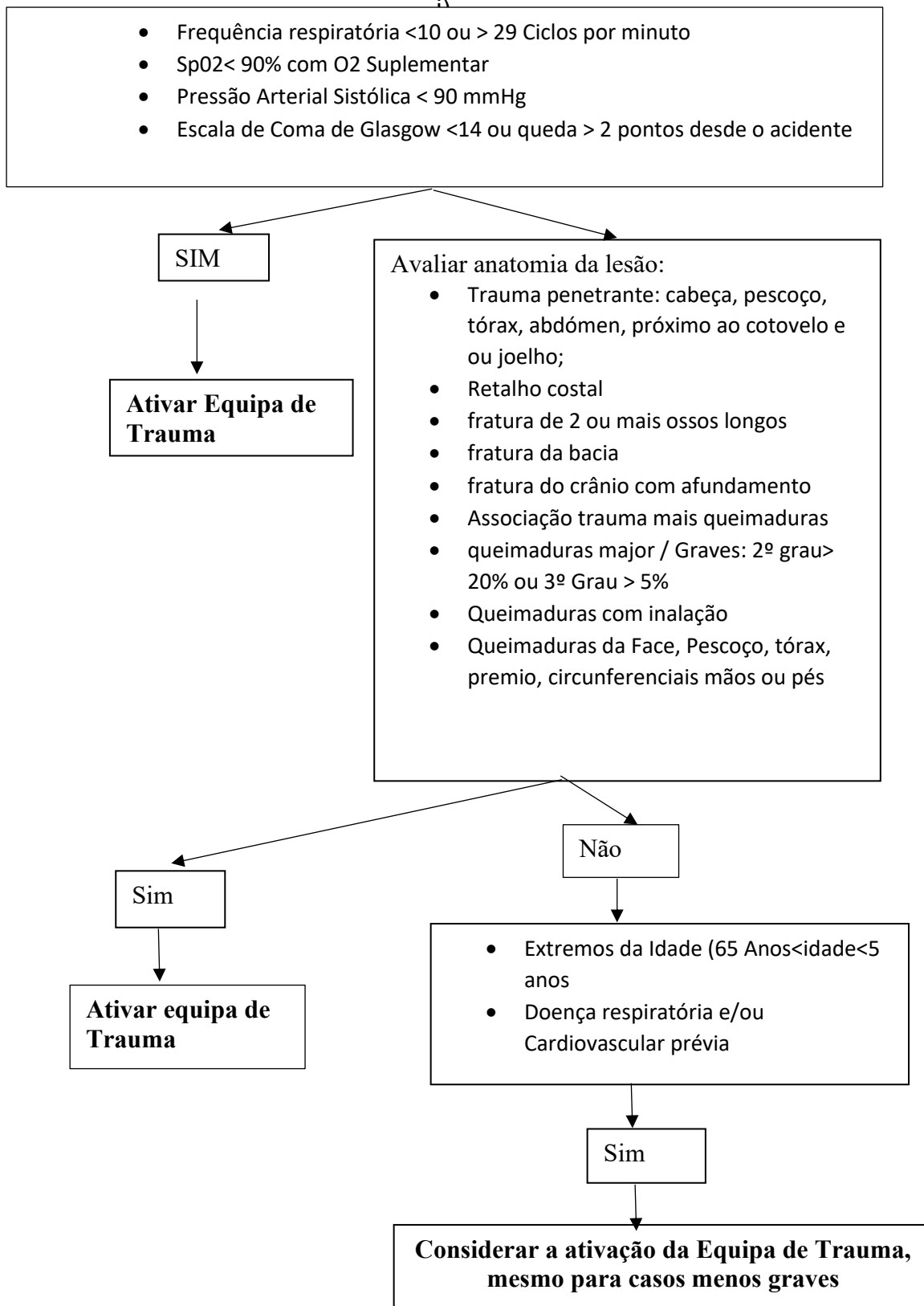
Quantidade	Fármacos
	Ácido acetilsalicílico
	Ácido aminocapróico
	Adenosina
	Adrenalina
	Aminofilina
	Amiodarona
	Atropina
	Bicarbonato de sódio a 8,4%
	Brometo de Ipatrópio
	Bupivacaína
	Butilescolamina
	Carbomix (Carvão Activado)
	Cefazolina
	Cisatracúrio
	Clemastina
	Cloreto de Cálcio
	Cloreto de Potássio
	Cloreto de Sódio hipertónico
	Clorpromazina
	Desmopressina
	Diazepam
	Digoxina
	Dinitrato de Isosorbido
	Dobutamina
	Dopamina
	Droperidol
	Efedrina
	Enoxiparina
	Esmolol
	Etomidato
	Fenitoína
	Fenobarbital
	Fentanil
	Fibrinolítico (Trombolítico)
	Flumazenil
	Furosemida
	Glicose a 30%
	Gluconato de Cálcio
	Haloperidol
	Heparina
	Hidrocortisona
	Hidroxizina
	Isoprenalina

	Labetalol
	Levobupivacaína
	Lidocaína 1%
	Lidocaína 2%
	Lidocaína Gel 2%
	Lidocaína spray
	Metilprednisolona
	Metoclopramida
	Midazolam
	Morfina
	Naloxona
	Nimodipina
	Noradrenalina
	Paracetamol
	Parecoxibe
	Propofol
	Propanolol
	Ranitidina
	Remifentanil
	Ropivacaína
	Salbutamol ampolas
	Salbutamol, solução respiratória
	Salicilato de Lisina
	Succinilcolina (Suxametônio)
	Sulfato de Magnésio
	Tramadol
	Vecurônio

g) Soros

Quantidade	Soros
	Água Destilada 10cc, 100 cc e 500 cc
	Cloreto de Sódio Hipertônico a 20%
	Cloreto de Sódio Hipertônico a 5%
	Glicose a 5% 100 cc 250 cc 500 cc
	Glicose a 5% em SF
	Glicose a 10%
	Colóides (Hidroxietil Amido a 6% e/ou Gelatina modificada)
	Lactato de Ringer
	Manitol 20%
	Polielectrolítico com glicose (Ionosteril G)
	Polielectrolítico simples (Ionosteril)
	Soro atropinizado
	Soro Fisiológico 100 cc 500 cc 1000 cc

h) Fluxograma de Triagem do Doente Traumatizado



4. Documentação associada

- a) [elencar os modelos que decorrem da instrução, quando aplicável.]

5. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Filipe Freixedelo	23/06/2022	Não aplicável na primeira versão.
Validação	N/A	N/A	
Aprovação	Conselho de Administração	23/09/2022	

6. Bibliografia

1. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações técnicas para a Sala de Emergência*. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
2. Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 56-66. doi:<https://doi.org/10.37914/rriis.v3i1.74>
3. Direção Geral de Saúde. (31 de Março de 2010). *Circular normativa 07/2010 Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Obtido de [dgs.pt: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx)
4. Direção Geral de Saúde. (9 de Janeiro de 2018). *Norma 002/2018 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Obtido de [dgs.min-saude.pt: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf)
5. Massada, S. R. (Outubro de 2000). Sistema Integrado de Cuidados em Trauma da Região Norte de Portugal. pp. 1-24.
6. Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. pp. 1-225. Obtido de https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf
7. Ordem dos Médicos. (17 de Julho de 2018). Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva. *Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. Obtido de <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
8. World Health Organization. (2004). *Guidelines for Essential Trauma Care*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42565/9241546409_eng.pdf;sequence=1

APÊNDICE II – Guia de Consulta Rápida: Avaliação e Prevenção de
Delirium na Pessoa em Situação Crítica

DEFINIÇÃO DE DELIRIUM

O *delirium* é uma síndrome caracterizada por um início agudo, em que o doente evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do Estado de consciência, ao longo do dia, e compromisso da função cognitiva.

CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM

Quanto ao tempo:

- **Prevalente:** diagnosticado aquando da entrada na UCI
- **Iniciante:** diagnosticado durante o internamento em UCI
- **Persistente:** os sintomas permanecem ao longo do tempo

Quanto à atividade motora:

Delirium hiperativo: caracterizado por agitação;

Delirium hipotivo: diminuição da resposta aos estímulos externos, letargia, lentificação psicomotora.

Delirium misto: Flutuação entre os dois tipos anteriores

A avaliação do *delirium* pode ser feita em doentes com “Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)” >-3 (quadro 1), pela aplicação de escalas de avaliação nomeadamente a “Confusion Assesment Method-ICU (CAM-ICU)” (quadro 2).

A CAM-ICU avalia quatro características de forma sequencial:

- Alteração súbita ou flutuação do estado mental;
- Desatenção;
- Nível de consciência alterado, *score* RASS;
- Pensamento desorganizado.

Quadro 2 - Confusion Assesment Method-ICU (CAM-ICU)

CARACTERÍSTICAS E DESCRIÇÕES	
1 - Alteração súbita ou flutuação do estado mental	Ausente:_____Presente:_____
A – Há evidência de uma de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal? B – Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a sugerir e desaparecer ou aumentar e diminuir na sua gravidade, por flutuações na escala de sedação (p.ex. RASS) escala de coma de Glasgow ou avaliação de <i>delirium</i> prévia?	
2 – Desatenção	Ausente:_____Presente:_____
Aplicação do teste a atenção auditivo e visual The Attention Screening Examination (ASE) <u>Auditivo:</u> Leia em voz alta as seguintes letras: “S A V E A H A A R T” ou “C A S A B L A N C A” ou “A B A D B A D A Y” e peça para o doente apertar a sua mão apenas quando ouvir a letra “A”. São erros quando o doente não aperta a mão quando ouve a letra “A” ou quando o doente aperta a mão quando outra letra que não a letra “A” <u>Visual:</u> disponível em: https://uploadssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ab2f487b4e0eb99b26b_CAM_ICU_training_Portuguese.pdf	
3 – Pensamento desorganizado:	Ausente:_____Presente:_____
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos: (alternar entre perguntas do conjunto A e do conjunto B)	
Conjunto A	Conjunto B:
1. Uma pedra pode flutuar na água?	1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?	2. Existem elefantes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?	3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha?	4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?
Outras:	
1. Está com o seu pensamento pouco claro? 2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do doente) 3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)	
4. Nível de consciência alterado:	Ausente:_____Presente:_____
O nível de consciência do doente é outro qualquer que não o alerta, tal como o vigíl, letárgico ou estuporoso? (i.e., RASS diferente de “0” na altura da avaliação) Alerta completamente ciente do ambiente, e interatua apropriadamente de forma espontânea <u>Vigilante hiperalerta</u> <u>Letárgico</u> sonolento, mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interatua de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente <u>Estuporoso</u> completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável <u>Coma:</u> não despertável, não consciente dos elementos do ambiente e sem interação espontânea com o entrevistador, mesmo após estímulos muito vigorosos <i>Delirium</i> presente quando 1 e 2 mais 3 ou 4	

Adaptado de: https://uploadssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ab2f487b4e0eb99b26b_CAM_ICU_training_Portuguese.pdf

FATORES DE RISCO PREDISONENTES

Não modificáveis: Idade, hipertensão arterial, Deficit cognitivo prévio, História de alcoolismo, Tabagismo, História de depressão, Insuficiência renal ou hepática.

Modificáveis: Privação sensorial (por exemplo: visão e audição), Transfusões Sanguíneas

FATORES DE RISCO PRECIPITANTES

Não modificáveis: Doença severa, Doença respiratória, Cirurgia cardíaca, Necessidade de ventilação mecânica, Diminuição da exposição à luz solar, Isolamento, Quantidade de medicação administrada por via parentérica (mais de três perfusões), Elevação dos marcadores inflamatórios

Modificáveis: Sedação, Privação do sono, Restrição física, Analgesia, Imobilidade, Infecção/Sépsis, Hipotensão, Hipertermia, Privação de visitas de pessoas significativas

Quadro 1 - Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento
+3	Muito agitado	Conduta Agressiva; remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerta, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10 segundos)
-2	Sedação Leve	Acorda rapidamente e faz contacto visual com o som da voz (< 10segundos)
-3	Sedação moderada	Movimento de abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contacto visual)
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Não despertável	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

BIBLIOGRAFIA:

- José António (coordenação). 2020. Enfermagem em Cuidados Intensivos, Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda, 1ª edição, 2020 pp: 82-92.

- Matioli KBB, Moraes Filho IM, Sousa TV, Pereira MC, Silva RM, Sá ES, et al. Delirium: prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos. Rev baiana enferm. 2021;35: e42203

- Nunes de Oliveira, J. T. ., Cordeiro Gonçalves, K. ., & de Fatima Silqueira, S. M. (2021). Ações de enfermagem para a prevenção e controle do delirium em pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 24(274), 5433–5442. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5433-5442>

- Oliveira Cláudia; Garnacho Martins Nobre Cátia Filipa; Dourado Marques Rita Margarida; Madureira Lebre Mendes Maria Manuela; Cruz Pontífice Sousa Patrícia. O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. Revista Cuidarte. 2022;13(1):e1983. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

- The Confusion Assessment Method for the ICU disponível em: https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ab2f487b4e0eb99b26b_CAM_ICU_training_Portugese.pdf

Elaborado por: Filipe Freixedelo aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácica

Guia de Consulta Rápida



Avaliação e Prevenção de *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica

APÊNDICE III – *Delirium* em Cuidados Intensivos: Informação para
Famíliares e Cuidadores

O *delirium* está geralmente associado a perturbação do sono-vigília. Se o seu familiar desenvolver *delirium* pode apresentar:

- Incapacidade de pensar com clareza, prestar atenção ou seguir instruções simples;
- Problemas de memória, não ter a certeza onde está, o dia e a hora.
- Dificuldade em reter informações simples, repetindo-se com frequência;
- Perturbações emocionais como: ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia, que se podem traduzir por choro, gritos, uso de palavras inadequadas;
- Mudanças rápidas e imprevisíveis do estado de consciência: sonolência, apatia, agitação e confusão;
- Inversão do ciclo de sono, apresentando períodos de sono excessivo durante o dia e estado de alerta durante a noite;
- Agir de forma desadequada e diferente do habitual, como apanhar roupas e fios da monitorização;
- Alucinações visuais e auditivas, podem ver e ouvir coisas que não existem, mas que lhe parecem muito reais.



Elaborado por: Filipe Freixedelo aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Prof.ª Doutora Irene Oliveira

Serviço de Medicina Intensiva

Delirium em Cuidados Intensivos



Informação para Familiares e Cuidadores

dezembro 2022

O que é o *delirium*?

É uma síndrome caracterizada por um início súbito, em que o doente apresenta sinais de alteração cerebral, flutuação do estado de consciência ao longo do dia e dificuldade na compreensão.

A probabilidade do seu familiar poder desenvolver *delirium* é elevada; estudos científicos estimam que cerca de 87% dos doentes internados nos cuidados intensivos, submetidos a sedação e ventilação mecânica, desenvolvem esta síndrome.


A duração do *delirium* é variável de doente para doente e pode estar presente em diferentes momentos ao longo do internamento.


A equipa de saúde está atenta ao estado de saúde do seu familiar e está a tomar as medidas mais adequadas para a sua recuperação.


Fatores que contribuem para o desenvolvimento de *delirium*:


Doença severa e sua limitação física;
diminuição da exposição à luz solar;


Qual o papel da família, na prevenção e tratamento do *Delirium* nos doentes internados em Cuidados Intensivos?


 Fale com calma e use palavras ou frases simples. Comece por questionar se o seu familiar o reconhece.


 Oriente o doente relativamente ao local onde se encontra, às horas do dia e à data.

 Fale sobre a dinâmica familiar, colocando-o a par das novidades.

 Questione a equipa de saúde, sobre a possibilidade de colocar alguns objetos familiares na unidade do doente (p.ex:

 Forneça óculos e/ou aparelhos auditivos, que o doente usa habitualmente.

 Promova: a visualização de programas de televisão; o ouvir música; a realização de videochamadas; a partilha de pequenos vídeos/mensagens familiares (tablet e telemóvel).

 Se o seu familiar tiver *delirium*, poderá ser-lhe solicitada ajuda para promover a sua recuperação (participação nos cuidados prestados).

O envolvimento da família e das pessoas significativas é muito importante para a prevenção e recuperação do *delirium*, caso tenha