



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O FOCO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

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
Juliana Cristina Vieira Azevedo

Porto, março de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O FOCO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

***THE PERSON IN CRITICAL CONDITION: THE FOCUS OF NURSING
CARE***

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
Juliana Cristina Vieira Azevedo

Sob a orientação do Professor Doutor Vasco Silva-Neves

Porto, março de 2025

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo desenvolver todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, com vista à obtenção do título de mestre e especialista no cuidado à pessoa em situação crítica.

Incide, principalmente, no estágio final realizado no decurso da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 2º ano do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem-Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Através da introdução é realizado um enquadramento inicial, descrevendo os objetivos do presente relatório, assim como, uma breve apresentação dos contextos de estágio selecionados, metodologia e estrutura do relatório.

O desenvolvimento, composto por quatro capítulos, aborda inicialmente, de forma breve e dinâmica, os campos do Estágio Final, seguido da evidência do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Todos os capítulos apresentam, no seu desenvolvimento, reflexões acerca das experiências vivenciadas neste percurso acompanhadas pela respetiva fundamentação teórica.

Através da pesquisa bibliográfica nestes contextos, foram realizados trabalhos que contribuíram para o desenvolvimento de competências, nomeadamente, uma revisão da literatura denominada “*Delirium – Implicações na pessoa sob ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos*” realizada no primeiro contexto e a revisão da literatura acerca de “*A importância da comunicação entre o enfermeiro e a família, em contexto de situação crítica, no Serviço de Urgência*” realizada no segundo contexto. Ainda no primeiro contexto foi, também, elaborada uma revisão de conceitos acerca de “*A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral*”.

A elaboração deste relatório teve por base a pesquisa bibliográfica e a análise crítico-reflexiva das oportunidades vivenciadas ao longo de todo o processo de aprendizagem, com vista à obtenção do título de mestre e especialista nesta área.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Serviço de Medicina Intensiva; Serviço de Urgência; Competências Comuns; Competências Específicas.

ABSTRACT

The aim of this report is to develop the entire process of learning and developing competences, with a view to obtaining the title of master and specialist in the care of people in critical situations.

It focuses mainly on the final internship carried out during the 'Final Internship and Report' Curricular Unit of the 2nd year of the 17th Master's Degree in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Critically Ill Person, at the Universidade Católica Portuguesa - School of Nursing-Porto.

The introduction provides an initial framework, describing the objectives of this report, as well as a brief presentation of the selected internship contexts, methodology and structure of the report.

The development, made up of four chapters, first briefly and dynamically addresses the fields of the Final Internship, followed by evidence of the development of the common and specific competences of the nurse specialising in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Person. All the chapters present reflections on the experiences of this journey, accompanied by the respective theoretical foundations.

Through bibliographic research in these contexts, work was carried out that contributed to the development of competences, namely a literature review called 'Delirium - Implications for people under invasive ventilation in an Intensive Care Unit' carried out in the first context and a literature review on 'The importance of communication between nurses and the family in the context of critical situations in the Emergency Department' carried out in the second context. Also in the first context was a review of concepts on 'The Critically Ill Person - Nursing Interventions in Oral Mucositis'.

This report was based on bibliographical research and a critical-reflective analysis of the opportunities experienced throughout the learning process, with a view to obtaining a master's degree and specialising in this area.

Keywords: Specialist Nurse; Intensive Medicine Department; Emergency Department; Common Competences; Specific Competences.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, por todo o apoio e motivação neste percurso, sem nunca me deixarem desanimar, com palavras reconfortantes e muito carinho.

Aos meus avós, presentes e estrelinhas, por serem fonte de inspiração e estarem sempre comigo, nesta caminhada que é o meu percurso profissional.

Ao M. e ao M., por serem o meu pilar neste percurso, apoiando-me nos momentos mais baixos e celebrando comigo todas as conquistas, sem nunca me deixar perder o sorriso e sempre com um abraço no fim do dia - sem vocês não teria conseguido.

Ao Professor Doutor Vasco Neves, por todas as palavras de incentivo e motivação neste percurso que parecia tão difícil, mas que com a sua ajuda, ficou bem mais leve.

Às minhas enfermeiras tutoras, J.V., C.V. e T.M., por toda a paciência e compreensão, pelo vosso carisma e cuidado, por todos os momentos de aprendizagem e palavras de motivação, num percurso que também é um pouco vosso.

A todos vós,

O meu sentido, MUITO OBRIGADA

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABA – *American Burns Association*

BIS – *Bispectral Index*

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

CPOT - *Critical-Care Pain Observation Tool*

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EBA – *European Burns Association*

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECPR – Ressuscitação Cardiopulmonar Extracorpórea

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEG - Eletroencefalograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICDSC - *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

IHQs – *Internacional Health Quality Service*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

min – Minutos

NIRS - *near-infrared spectroscopy*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PEC – Plano de Emergência em Catástrofe

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation and Sedation Scale*

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

STM – Sistema de Triagem de Manchester

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UQ – Unidade de Queimados

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS	15
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	19
2.1. Serviço de Medicina Intensiva	19
2.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.....	21
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	24
3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	27
3.3. Domínio da gestão dos cuidados	29
3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	31
4. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMC NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PSC	35
4.1. Cuidar da pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e respetiva família;	35
4.2. Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe;	49
4.3. Maximizar a intervenção na Prevenção e Controlo de Infecção;.....	51
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	69
Apêndice I: Revisão da Literatura: A importância da comunicação entre o enfermeiro e a família, em contexto de situação crítica, no Serviço de Urgência.....	71
Apêndice II - Revisão da Literatura: <i>Delirium</i> – Implicações na pessoa sob ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos	107
Apêndice III: Póster - <i>Delirium</i> – Estratégias na prevenção e tratamento da Pessoa em Situação Crítica”	139

Apêndice IV: Revisão de Conceitos: A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral.....	143
Apêndice V - Póster: “A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral”	165
ANEXOS	169
Anexo I – Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico	171
Anexo II – Certificado de Participação na Masterclass “SAV ... and Beyond”.....	173
Anexo III – Certificado de Participação no Curso “Infecção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral”.....	175

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa.

A referida Unidade Curricular compreendeu uma carga total de 840 horas, onde destas, 360 horas foram realizadas em dois momentos de estágio, 20 horas em orientação tutorial, 20 horas em seminários e 440 horas em trabalho individual, com a orientação do Professor Doutor Vasco Silva-Neves e sob tutoria de um Enfermeiro Especialista (EE) da área de Enfermagem à PSC, selecionado para cada momento de estágio.

A fim de atingir os objetivos definidos para a Unidade Curricular, previamente ao início dos estágios da mesma, foi realizado um Projeto de Estágio, na qual foram definidos objetivos a atingir nos diferentes contextos, tendo por base as competências comuns do EE e as competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A realização deste projeto facilitou o processo de aquisição destas competências, através da realização de atividades durante os estágios e, do mesmo modo, servindo de guia ao longo de todo o processo. Os objetivos definidos no projeto vão sendo mencionados ao longo deste relatório, justificando como estes foram cumpridos.

O primeiro momento de estágio decorreu entre o dia 2 de setembro e o dia 23 de outubro de 2024 num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital central da Região Norte do país, contemplando um período de contato de 180 horas. Este serviço, reconhecido por ser um centro de referência da técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) do Norte do país possuía, por este motivo, alguma diferenciação das restantes unidades de cuidados intensivos polivalentes, o que instigou um maior interesse pessoal na realização deste estágio, no sentido de tentar compreender o funcionamento e implicações desta técnica complexa, conhecida por ser diferenciadora nos cuidados à PSC.

O segundo momento de estágio decorreu entre os dias 24 de outubro e 18 de dezembro de 2024, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) de um hospital do Norte do país, por um período de contato de 180 horas. Este serviço, composto por Urgência de Adultos, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, apresenta características específicas, associadas à

iliteracia existente na população que, por este motivo, recorrem ao serviço de urgência (SU) sempre que existe alguma alteração do seu estado geral de saúde. Inicialmente, a nível pessoal, não foi um serviço pela qual existia entusiasmo, no entanto e, inexplicavelmente, foi um campo de estágio muito rico, com diversas experiências, com vista à aquisição das competências pré-definidas e, do mesmo modo, na qual existiu crescimento pessoal e profissional.

Com a realização deste relatório, fundamental no percurso de aquisição de competências, pretendo descrever como foram adquiridas as competências necessárias para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Este relatório segue a metodologia descritiva e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso, com recurso a revisão bibliográfica, de modo a corroborar e suportar o conhecimento, mobilizando conceitos adquiridos durante a componente teórica deste mestrado. O documento cumpre, do mesmo modo, a formatação gráfica da Universidade Católica Portuguesa, utilizando como referência bibliográfica, a norma da *American Psychological Association*, 7ª Edição.

A estrutura deste documento compreende a Introdução, seguida de uma abordagem às competências adquiridas previamente a esta Unidade Curricular e, posteriormente, realizando uma breve descrição dos contextos onde decorreu o Estágio Final. Em seguida, são abordadas competências comuns e específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, através de capítulos e subcapítulos, onde é realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e oportunidades vivenciadas, fundamentando-as com evidência científica atualizada. Considero que esta divisão de capítulos entre Competências Comuns e Específicas, permite uma melhor organização do relatório, evidenciando o seu desenvolvimento de uma forma mais clara e permitindo um esclarecimento das atividades de forma lógica, seguindo os domínios de cada regulamento. Por fim, a conclusão evidencia as considerações finais sobre a aprendizagem ao longo do percurso, assim como, as suas limitações e implicações para a futura prática profissional.

1. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS

O meu percurso profissional iniciou-se no ano de 2017, em contexto de internamento cirúrgico hospitalar e, desde então, exerci funções noutros contextos de prática clínica que me ajudaram a construir a minha identidade como enfermeira. Atualmente, desde há 4 anos, exerço funções num serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, num hospital central da Região Norte.

A PSC sempre me suscitou interesse e, ao longo do meu desenvolvimento profissional, as situações mais marcantes foram precisamente neste contexto. Sentia que no contexto em que exerço funções, existem poucas situações de urgência, no entanto, quando estas ocorriam, não me sentia confortável com os conhecimentos técnicos e científicos que detinha nesta área, o que me levou à continuidade do desenvolvimento profissional, investindo na aquisição de competências relativas à PSC, com vista a uma melhoria na prestação de cuidados e crescimento a nível pessoal e profissional.

O percurso de aquisição de competências como EEEMC na área da PSC, iniciou-se durante o 1º ano, com a componente teórica e, posteriormente, no 2º Semestre, com a componente prática, através da realização de um estágio numa Unidade de Queimados (UQ) de um hospital da Região Norte entre o período de 06 maio e 13 de julho de 2024, num total de 420 horas, das quais 216 horas de contacto (180 horas de prática clínica, 12 horas de orientação tutorial e 24 horas de seminário) e 204 horas de trabalho individual.

A escolha da UQ surgiu pelo interesse nos cuidados à PSC com lesão tecidular por queimadura e da intervenção direta do EE neste tipo de unidade de cuidados. Uma vez que, como enfermeira de cuidados gerais, presto cuidados à pessoa com queimadura em contexto de internamento cirúrgico, esta escolha visou a melhoria dos cuidados prestados, pela aquisição de novas competências nesta área.

A UQ é uma tipologia de serviço hospitalar que possibilita o tratamento de pessoas com lesão tecidular por queimadura, possuindo quartos de isolamento com possibilidade de tratamentos de cuidados intensivos, nomeadamente, suporte ventilatório, bem como, bloco operatório, tratamento a queimadura/balneoterapia 24 horas por dia (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019). Neste serviço são internadas pessoas que cumpram os critérios pré-definidos no regulamento da própria unidade ou, na sua ausência, sobrepõem-se os critérios definidos pelas normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), da *European Burns*

Association (EBA) ou, ainda, *American Burns Association* (ABA) (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019).

A referida UQ integra a Rede Hospitalar Nacional e, atualmente, é uma das cinco UQ existentes no país. Acreditada pela *International Health Quality Service* (IHQS) desde 2007, tem como principal missão, o tratamento à pessoa com lesão tecidular por queimadura com necessidades especiais, nomeadamente, intervenção cirúrgica.

É constituída por 8 quartos de isolamento individuais – seis para pessoas queimadas e as restantes para pessoas submetidas a intervenção cirúrgica que, por necessidade de escalada de medidas de vigilância hemodinâmica, têm à disposição duas unidades de monitorização nível II e/ou nível III. Possui, para além do referido, uma sala cirúrgica, onde são realizadas intervenções cirúrgicas e a balneoterapia, em maca apropriada. É também constituída por uma sala de profissionais, uma sala de trabalho, um gabinete médico, um local para acondicionamento de material esterilizado, uma zona de sujos, uma zona de visitas, uma copa, dois vestiários e três instalações sanitárias. No que respeita a equipa multidisciplinar, esta é constituída por 18 enfermeiros e 6 auxiliares de ação médica, com apoio de 1 médico especialista em cirurgia plástica e 1 interno da mesma especialidade.

Entre os critérios de admissão à UQ, salientam-se: pessoas com queimadura com idade superior a 18 anos; queimaduras em mais de 10% da superfície corporal; pessoas com queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés; queimaduras circulares do tórax e/ou membros; queimaduras de 3º grau; necrose epidermólise tóxica (Síndrome de Lyell), entre outros casos de exceção. Atualmente, para o internamento na UQ, a pessoa deve ser avaliada por um médico especialista em Cirurgia Plástica para caracterização das queimaduras e posterior transferência para a Unidade especializada.

A equipa multidisciplinar utiliza como método de trabalho o cuidado centrado na pessoa e sua família, onde a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na organização dos cuidados prestados. A centralidade dos cuidados na pessoa e sua família, constitui parte integrante da humanização de cuidados, que apenas pode ser alcançada mediante a implementação de práticas relacionais consistentes com a família, suportadas por estratégias de comunicação eficazes (Sá & Henriques, 2020).

A prestação de cuidados humanizados, considerada o primeiro princípio ético dos cuidados, tem como objetivo proporcionar cuidados de alta qualidade, através da preservação e

proteção da dignidade humana (Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh, & Fararouei, 2019). Para tal, o enfermeiro dinamiza a sua prática de cuidados, combinando a ciência, a arte e a espiritualidade que, conjuntamente com o respeito pelos direitos, privacidade e segurança da pessoa, proporcionam o seu bem-estar e conforto. Por outro lado, a comunicação terapêutica e a prática de cuidados informados são, também, características deste tipo de cuidados humanizados (Ghanbari-Afra, Adib-Hajbaghery, & Dianati, 2022).

Nesta UQ, a humanização e a comunicação terapêutica são o foco dos cuidados, onde são utilizados todos os recursos disponíveis necessários ao cuidado da pessoa e sua família. A vertente psicológica da pessoa com lesão tecidular por queimadura nestas unidades deve ser um foco, algo comum nesta UQ, onde a pessoa se encontra em isolamento e, por isso, esta e sua família carecem de cuidados baseados na humanização, onde a escuta ativa é fundamental para a satisfação de necessidades dos intervenientes, algo que acontecia na maioria das situações.

Por outro lado, a pessoa com queimadura, pela instabilidade hemodinâmica em que se encontra, representa um desafio para qualquer profissional, requerendo conhecimentos e competências e, do mesmo modo, a adoção de procedimentos clínicos protocolados e baseados na evidência científica, de forma a obter os melhores resultados através de uma intervenção especializada e diferenciada (Direção-Geral de Saúde, 2015). Neste sentido, os cuidados de enfermagem no contexto de PSC por queimadura são complexos, necessitando da existência de conhecimento técnico-científico que apoie o profissional na sua prática. O enfermeiro na posse deste tipo de conhecimento detém capacidades e competências para lidar com as emoções da pessoa e sua família, proporcionando-lhes a calma, esperança e o apoio necessário para a situação, reduzindo a sua ansiedade e minimizando o sofrimento associado ao internamento (Pinto, *et al.*, 2014).

O tratamento à queimadura é uma das competências que o enfermeiro, no cuidado à PSC deve deter e, neste sentido, após uma avaliação dos apósitos existentes na UQ e, tendo em conta a minha experiência profissional nesta área, considerarei que uma revisão da literatura acerca dos apósitos indicados para o tratamento a queimaduras seria benéfica, não só para o serviço e para a transmissão de conhecimento aos pares, mas, do mesmo modo, para a aquisição e consolidação de conhecimentos a nível pessoal. Esta revisão e consequente apresentação, permitiram a consciencialização da equipa e outros profissionais para a necessidade de atualização dos apósitos existentes, o que poderia proporcionar a melhoria

da qualidade dos cuidados prestados. Para além do referido, a referida revisão da literatura serviu de base para a realização de um póster intitulado “A Influência dos Apósitos no Tempo de Cicatrização em Pessoas com Queimadura”, apresentado no XIII Congresso Nacional de Queimados, onde pude consolidar competências na transmissão de conhecimentos adquiridos ao longo do presente mestrado e, mais concretamente, no primeiro momento de estágio.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

A aprendizagem em contexto de estágio é, muitas vezes, pautada de cenários de prática clínica complexos e desafiantes que, por sua vez, permitem o desenvolvimento de competências, comuns e específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC. Neste sentido, os presentes estágios foram realizados num SMI e, seguidamente, num SUMC da região Norte do país. O presente capítulo procura retratar cada um dos contextos, enaltecendo as suas principais características.

2.1. Serviço de Medicina Intensiva

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um serviço de internamento onde pessoas em situação grave ou em descompensação orgânica são cuidadas, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente, assim como, equipamentos e tecnologia específica, destinados ao diagnóstico e tratamento (Melo, *et al.*, 2014). Neste sentido, a PSC encontra-se monitorizada permanentemente, sendo submetida a cuidados altamente complexos, com auxílio da mais recente tecnologia, o que permite aos profissionais de saúde, uma rápida atuação no agravamento do estado hemodinâmico da pessoa em cuidado. A intervenção de enfermagem especializada é, neste contexto, uma mais-valia, considerando o elevado grau de instabilidade hemodinâmica da PSC que carece de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, onde o EE é o profissional capacitado para antecipar e intervir neste contexto, do mesmo modo, que está desperto para a despersonalização dos cuidados, possuindo o discernimento para ultrapassar barreiras e implementar uma tipologia de cuidados, onde a pessoa é observada como um todo, a vivenciar um processo de transição saúde-doença (Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

O SMI foi o primeiro contexto do estágio final e, neste serviço, são prestados cuidados de nível II e III à PSC. As Unidades de nível II devem ter a capacidade de realizar monitorização invasiva e suporte de funções vitais, assegurando cuidados médicos permanentes, podendo não garantir o acesso contínuo a meios de diagnóstico e avaliação por especialidades médico-cirúrgicas especializadas, levando à articulação com Unidades de nível superior, se necessário (Ministério da Saúde, 2003). Por outro lado, as Unidades de nível III, denominadas de SMI/UCI, possuem equipas de enfermagem e médicas próprias, qualificadas, com presença de enfermeiros especialistas e um intensivista de forma permanente. Esta tipologia de Unidade, possui acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários devendo, do mesmo modo, assegurar medidas de

controle contínuo de qualidade e proporcionar programas de formação em cuidados intensivos. É o tipo de SMI exigido aos hospitais com Serviços de Urgência Polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2003). Assim, o SMI, pela complexidade inerente a este tipo de Unidade, representou um contexto de estágio complexo, rico em oportunidades de aprendizagem que me permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências que são fundamentais ao EEEMC na área da Enfermagem à PSC.

O SMI é um serviço composto por três alas, nomeadas A, B e C. As alas A e C são, a nível físico, bastante semelhantes, apresentando 4 unidades de isolamento e um espaço do tipo *open space*, onde a ala A apresenta 8 unidades e a C possui 6 unidades. A equipa de enfermagem é distribuída de forma rotativa pelas alas e a equipa médica encontra-se alocada de forma fixa.

Esta Unidade é um dos centros de referência da técnica ECMO do país e único da zona Norte. A ECMO é uma forma de suporte de vida para pessoas com graves alterações hemodinâmicas em UCI, sendo composto por uma máquina, no caso o *CardioHelp*, que tem como função bombear e oxigenar o sangue da pessoa, externamente ao corpo, permitindo que órgãos como o coração e os pulmões possam recuperar das suas alterações (Burrell, *et al.*, 2023). Existem diferentes tipos de ECMO, diferindo na forma como ocorre o retorno do sangue ao corpo da PSC. A técnica a utilizar é decidida dependendo do tipo de alteração fisiológica, ou seja, no caso de uma insuficiência cardíaca grave é realizado a ECMO Venoarterial e na insuficiência respiratória grave é utilizada a ECMO Venovenoso. Por outro lado, durante a paragem cardiorrespiratória, a opção é a Ressuscitação Cardiopulmonar Extracorpórea (ECPR), devendo ser sempre considerados os riscos associados, como a hemorragia abundante, lesões neurológicas irreparáveis e a morte (Burrell, *et al.*, 2023).

No que respeita a constituição da equipa de enfermagem, todos os turnos possuem praticamente o mesmo número de enfermeiros, exceto o turno da noite. O rácio habitual é de um enfermeiro para cada duas pessoas, porém, situações de maior complexidade com necessidade de vigilância e intervenções com maior rigor, ficam distribuídas a um enfermeiro que apenas se foca nessa pessoa, durante o referido turno. Para além do mencionado, durante os turnos da manhã e tarde, existe um EE em reabilitação por ala, assim como um enfermeiro coordenador, responsável pelo turno em ambas as alas, assumindo funções de gestão, providenciando apoio à equipa de enfermagem no que concerne a questões burocráticas, gestão de vagas, admissões e outras situações que possam surgir.

2.2.Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

O SUMC é o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, servindo de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básico (SUB) e referenciando para os SUP, as situações que careçam de cuidados diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no respetivo SUMC, estando definidas nas respetivas redes de referência. Este tipo de SU possui valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, como é o caso: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imunohemoterapia, bloco operatório em permanência, imagiologia e patologia clínica. Para além do referido, este SU mantém formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC sob a coordenação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (Ministério da Saúde, 2014).

Relativamente ao espaço físico, o SUMC encontra-se dividido em cinco áreas: triagem, sala de emergência (SE), área médica, área cirúrgica e imagiologia, cumprindo os critérios de valências médicas e equipamento, necessário ao funcionamento desta tipologia de SU. A triagem é um espaço composto por dois gabinetes individualizados onde, simultaneamente, podem estar dois enfermeiros a realizar o Sistema de Triagem de Manchester (STM). A SE encontra-se localizada centralmente no SU, numa zona em linha reta com a porta de entrada de macas e, é nesta que são avaliadas pessoas com alterações graves do seu estado geral, normalmente triadas com vermelho, segundo o STM, ou, por motivo de descompensação do estado hemodinâmico, encontrando-se noutra área do SUMC. Devem estar alocados a esta sala, elementos da equipa com formação especializada em medicina de urgência (Ministério da Saúde, 2014).

No que respeita as áreas do SUMC, a área médica respeita o cuidado à pessoa com alterações hemodinâmicas do foro médico, encontrando-se dividida em três áreas: Médica 1, 2 e 3. A área médica 1 para prioridade laranja, a área médica 2 para prioridade amarela, com algum tipo de dependência em maca e a área médica 3 para prioridade amarela sem necessidade de estar em repouso em maca, ficando em espera num cadeirão. A área cirúrgica, cuidado da pessoa com todo o tipo de trauma e alterações do foro cirúrgico, estando presente uma equipa médica composta por cirurgia geral, ortopedia e clínica geral. Relativamente à imagiologia, esta possui meios complementares de diagnóstico, como TAC, Raio-X e Ecografia, dirigidos apenas às pessoas admitidas no SUMC.

O SUMC é composto por uma vasta equipa multidisciplinar, entre assistentes operacionais e técnicos, médicos, enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais. Os turnos são repartidos por dia e noite, com duração de 12,5 horas, com o mesmo número de profissionais distribuídos por ambos. No que respeita o controlo de infeção, mantém-se uma preocupação constante com o circuito de limpos e sujos, assim como, a existência de um plano de higienização bem definido, adaptado às necessidades do serviço.

O SU é a porta de entrada dos serviços de saúde para a pessoa com patologia aguda. É um serviço de ritmo acelerado, complexo, onde o enfermeiro deve possuir conhecimentos no sentido de reconhecer e responder a situações críticas de forma célere, perante uma alta afluência de pessoas (Mitchell, Edelson, & Abella, 2020). A satisfação relativa à qualidade dos cuidados vai influenciar o *outcome* da pessoa em cuidado (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016), sendo avaliada pela acessibilidade, condições físicas, qualidade técnica, nível de informação prestada, conhecimento e experiência dos profissionais, coordenação entre estes e os serviços e a comunicação com a pessoa e sua família (Qin & Prybutok, 2013).

O período de espera no SU é sinónimo, muitas vezes, de falta de informação acerca da avaliação em curso pela equipa multidisciplinar, culminando no exacerbar da ansiedade e/ou medo vivenciados pela PSC e sua família. O enfermeiro, como profissional de saúde com competências para criar uma relação terapêutica com os intervenientes, assume um papel crucial no seu envolvimento nos cuidados, potenciando a sua humanização. Assume, do mesmo modo, um papel de mediador, entre a família e outros profissionais de saúde, onde numa comunicação simples e clara, explica o processo em curso e os tempos de espera prováveis (Shajani & Snell, 2019). Este processo de humanização e integração da família nos cuidados, inicia-se durante a triagem, onde o enfermeiro triador, tem um papel fundamental na admissão da PSC e sua família.

No SUMC, ao ser admitido à urgência e, após realizar a ficha administrativa, a pessoa é chamada ao gabinete de triagem, onde um enfermeiro com curso em STM, num momento rápido e preciso, onde é recolhida a informação necessária com o fim de atribuir uma prioridade clínica.

O STM permite identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, tendo por base os problemas identificados, que indicam a prioridade clínica com que a pessoa deverá ser atendida. Esta metodologia potencia o normal funcionamento do SU, otimizando-

o em situações de catástrofe, através do estabelecimento de uma prioridade clínica e, assim, determinando o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Grupo Português de Triage, 2010).

O enfermeiro identifica a queixa inicial, seguindo um fluxograma de decisão (num total de 52), classificando a pessoa numa de cinco categorias identificadas por número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial: Emergente – Vermelho – 0 minutos (min); Muito Urgente – Laranja – 10 min; Urgente – Amarelo – 60 min; Menos Urgente – Verde – 120 min e Não Urgente – Azul – 240 min. Considerando a importância da primeira avaliação clínica da pessoa neste momento inicial, a mesma deve ser realizada por um enfermeiro com, pelo menos, seis meses de experiência em urgência (Grupo Português de Triage, 2010).

Neste contexto, o contacto com a PSC ocorre, maioritariamente, na SE ou na área laranja onde, como já mencionado, são alocadas pessoas com necessidade de vigilância e estabilização hemodinâmica num curto espaço de tempo, sendo necessárias competências de avaliação célere e eficaz, organização de cuidados e priorização de intervenções.

A organização de cuidados no SUMC foca-se, sobretudo, numa metodologia centrada na execução de tarefas em oposição aos preconizados cuidados centrados na pessoa e sua família. Refletindo, este tipo de método organizacional ocorre devido ao ambiente adverso característico de um SU, onde as variações de afluência ao serviço e a instabilidade hemodinâmica da pessoa em cuidado são frequentes e, sobretudo, onde é procurado o rápido atendimento e resolução do problema em questão. Porém, isto poderá ter influência na qualidade dos cuidados, levando questões acerca da proximidade e do conhecimento do enfermeiro acerca da pessoa alvo de cuidados, podendo contribuir, em último caso, para a desumanização e despersonalização dos cuidados.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE representam competências transversais que envolvem dimensões como a educação da pessoa e dos pares, a orientação e aconselhamento, a liderança e a capacidade de descodificar, disseminar e realizar uma investigação relevante e pertinente que permita o avanço e melhoria da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De acordo com o mesmo Regulamento, as competências comuns do EE compreendem os respetivos domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

O presente capítulo tem como objetivo a reflexão e descrição do desenvolvimento das competências supracitadas no decorrer dos estágios, tendo por base as experiências vivenciadas, com fundamentação teórica. Encontra-se dividido em subcapítulos, onde serão abordadas as competências desenvolvidas, relativas a cada domínio, seguido de uma reflexão e respetiva fundamentação.

3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A prática de enfermagem assenta na posse de conhecimento técnico e científico adequado, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar das pessoas, através de intervenções com o fim de desenvolver cuidados com qualidade (Assembleia da República, 2015).

A fim de desenvolver as competências relativas ao domínio supracitado, ao longo dos estágios, atentei à promoção do respeito, dignidade e bem-estar da PSC e seus familiares, proporcionando a privacidade, condições de segurança e o seu conforto físico e psicológico. Do mesmo modo, procurei, em conjunto com o enfermeiro tutor, refletir acerca dos processos de tomada de decisão, durante e após as ocorrências, o que promoveu o desenvolvimento do exercício profissional, de acordo com a deontologia profissional.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, uma das unidades de competência diz respeito à promoção da proteção dos direitos humanos que, para ser desenvolvida, é necessário ao EE assegurar o direito do acesso à informação, à confidencialidade, à obtenção do respetivo consentimento informado verbal ou escrito, à

privacidade e direito de escolha da pessoa acerca dos seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste contexto, ao longo dos estágios, procurei sempre transmitir a informação necessária à pessoa, respondendo às suas questões e assegurando o seu conforto na realização de, por exemplo, algum tipo de procedimento. Para tal, a comunicação e a consciencialização da pessoa sobre os atos a realizar, permitiram que esta pudesse escolher, de forma consciente e informada, a sua realização ou não e, do mesmo modo, estar envolvida em todo o processo.

A comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos e um processo vital e recíproco, com capacidade de influenciar o comportamento das pessoas exigindo, no caso dos profissionais de saúde, competências nesta área, de maneira a transmitir e interpretar mensagens e, assim, desempenhando o seu papel da melhor forma (Tigulini & Melo, 2002). Os enfermeiros e, mais concretamente os EEEMC na área de Enfermagem à PSC, possuem competências para avaliar e intervir face às necessidades da família (Shajani & Snell, 2019), assistindo-os nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e, assim, através da presença assídua junto da PSC e sua família, possuem uma intervenção diferenciada juntos destes (Sá & Velez, 2021).

No caso do SU, sendo um serviço de ritmo acelerado, com cuidados de alta complexidade, na qual o enfermeiro necessita possuir conhecimentos para reconhecer e responder a situações críticas e cuidar de uma alta afluência de pessoas (Mitchell, Edelson, & Abella, 2020), muitas vezes, a falta de comunicação contribui para a insatisfação do cuidado prestado, aumentando a ansiedade e, conseqüentemente, dos resultados em saúde (Bull, Latimer, Crilly, & Gillespie, 2021). Assim, foi-me possível observar, ao longo do estágio, que este serviço, pelas suas características, é motivador de sentimentos negativos, associados à desinformação existente, o que me levou à realização de uma revisão da literatura acerca da comunicação entre o enfermeiro e família, em contexto de situação crítica, no SU (Apêndice I).

Numa situação de emergência, a comunicação é, muitas vezes, desconsiderada, não só pela condição da PSC e os riscos iminentes, mas, também, pela necessidade de uma intervenção célere e eficaz, ficando a família um pouco em segundo plano, enfrentando o medo das conseqüências da situação (Tigulini & Melo, 2002). O enfermeiro assume um papel preponderante neste contexto, uma vez que, articula entre pessoa, família e restantes profissionais de saúde, mediando o processo de comunicação e, tentando satisfazer

necessidades comunicativas presentes, o que potencia a diminuição do sofrimento existente, através da clarificação da situação corrente, fornecendo o conforto e suporte emocional necessário (Shajani & Snell, 2019).

Numa situação limite, o enfermeiro gere os recursos disponíveis satisfazendo, ao mesmo tempo, as necessidades da família, levando-o a uma alternância entre os cuidados e a gestão de expectativas existentes entre os intervenientes. Do mesmo modo, potencia a humanização do processo de cuidados e, muitas vezes, da morte no SU, envolvendo a família neste processo, da melhor forma possível (Berbís-Morelló, *et al.*, 2019). Assim e, durante a prática clínica, preservou-se, tendo em conta os recursos disponíveis, a privacidade da PSC e sua família, informando os respetivos acerca da situação em curso e, sempre, considerando a sua privacidade nos momentos de transmissão de informação.

Por outro lado, a humanização dos cuidados deve aliar-se à comunicação terapêutica na prática de enfermagem, um princípio que fui desenvolvendo ao longo do percurso deste mestrado. Considerada, como já referido, o primeiro princípio ético dos cuidados, a humanização tem como objetivo proporcionar cuidados de alta qualidade, uma vez que envolve a preservação e proteção da dignidade humana (Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh, & Fararouei, 2019). O enfermeiro exerce o cuidado de uma forma dinâmica, combinando ciência, arte e espiritualidade, sendo descrito como um cuidado único que promove a harmonia entre o corpo e a alma, proporcionando o máximo bem-estar e conforto, aumentando a empatia e o respeito pelos direitos, privacidade e segurança da pessoa (Ghanbari-Afra, Adib-Hajbaghery, & Dianati, 2022). Está interligada com a comunicação terapêutica, uma vez que, segundo os mesmos autores, esta é uma das características da humanização, assim como, a prática de cuidados informados baseados na evidência científica.

No caso do SMI em específico, a família era encaminhada inicialmente para uma sala de acolhimento, a Sala da Família, onde eram informados de forma clara e transparente acerca do estado clínico do seu familiar e o que iriam encontrar a nível de dispositivos. O primeiro contacto era, então realizado, com o acompanhamento do enfermeiro, com o objetivo de facilitar o processo de transição e esclarecer qualquer dúvida existente.

Neste sentido, ao longo dos estágios, procurei informar a PSC e sua família previamente à realização de qualquer procedimento, tentando esclarecê-las relativamente aos cuidados que

me encontrava a prestar, respeitando a sua dignidade e privacidade. Do mesmo modo, na implementação de intervenções e tomada de decisão, em conjunto com o enfermeiro tutor, tentei envolver a pessoa e sua família nos cuidados, no sentido de potenciar a humanização, a relação terapêutica e a comunicação entre ambas as partes.

3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Para a consecução deste domínio, o EE deve possuir conhecimentos avançados sobre as diretivas da qualidade em saúde, orientando a sua implementação e consequente avaliação na sua organização. Do mesmo modo, deve promover a existência de um ambiente de cuidados seguro, participando na gestão dos riscos existentes em contexto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os enfermeiros são a classe profissional que mais contacta com a pessoa doente, no seu dia a dia. Neste sentido, é fundamental a implementação de uma cultura de segurança da pessoa na prestação dos cuidados, uma vez que, este grupo profissional, vivencia múltiplas situações que a podem influenciar, como a gestão de recursos humanos, os meios tecnológicos e a condição clínica da pessoa em cuidado (Tondo & Guirardello, 2017).

No que respeita a UCI, destinada ao cuidado da PSC que carece de cuidados contínuos, pela criticidade e instabilidade hemodinâmica que apresenta, esta possui intervenções de alta complexidade, com procedimentos e dispositivos invasivos, onde a pessoa está mais exposta à ocorrência de eventos adversos, decorrentes de erros e falhas assistenciais (Roque, Tonini, & Melo, 2016). Os Eventos Adversos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são incidentes evitáveis que atingem a pessoa (World Health Organization, 2024), podendo causar danos temporários ou permanentes, leves a graves e, geralmente decorrentes da assistência em saúde (Roque, Tonini, & Melo, 2016).

Segundo o Relatório Global da OMS sobre Segurança do Doente, as falhas de segurança dos cuidados são um problema significativo de saúde pública a nível global onde, uma em cada dez pessoas doentes pode sofrer danos em ambientes de cuidados de saúde, levando a milhões de mortes anuais e a custos económicos substanciais (World Health Organization, 2024). No mesmo relatório, é ainda referido que, ambientes altamente especializados, como é o caso das UCI e o SU, estão associados a taxas mais elevadas de dano à PSC, incluindo danos evitáveis.

Neste sentido, é preponderante que o EE procure implementar na sua prática e dos seus pares, princípios de administração de terapêutica de forma segura. Dada a complexidade da sua preparação e administração em UCI e, devido à minha inexperiência pessoal relativa à sedoanalgesia, realizei pesquisa bibliográfica ao longo do estágio no SMI, no sentido de garantir uma prática segura neste campo, tendo sempre o acompanhamento e supervisão do enfermeiro tutor. Para além do mencionado, o SMI possui um dispositivo de fornecimento de fármacos mediante prescrição eletrónica individual, o que potencia a promoção da segurança no momento de seleção dos fármacos.

As condições relativas aos recursos humanos, de cada contexto, são relevantes na segurança relacionada com a prestação de cuidados, influenciando a sua dinâmica, nomeadamente para os profissionais a exercer funções. Neste sentido, a determinação da adequada combinação de recursos humanos (enfermeiros com níveis de competência diferentes) e de necessidades de supervisão nas equipas em cada turno é essencial, pois uma falha pode conduzir a erros clínicos que, no que lhe concerne, podem levar a danos para as pessoas e para a organização (Freitas & Parreira, 2013). Deste modo, a dotação adequada ao nível da complexidade de cuidados é fundamental, não só para a promoção da segurança da pessoa, mas, também, para a dos profissionais, como ficou estabelecido no Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A carga de trabalho de enfermagem no SMI é avaliada através do score da *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), que é calculada diariamente. No que respeita os rácios enfermeiro/pessoa, como anteriormente referido, são, habitualmente de 1:2 (incluindo PSC com necessidades de cuidados de nível II ou III). Este rácio, segundo o Regulamento n.º 743/2019, não se encontra adequado, uma vez que, para prestação de cuidados a uma PSC com necessidade de cuidados nível III, o rácio adequado seria de 1:1 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o que é conseguido esporadicamente, quando a ocupação das camas do SMI não se encontra completa. Neste sentido, verifiquei, ao longo do estágio, que um reforço de recursos humanos no SMI, seria importante para a consecução dos rácios preconizados pela OE e que estes já teriam sido requeridos pela chefia de enfermagem.

A ergonomia e os seus princípios devem ser assegurados pelo EE, para que sejam evitados danos, quer no próprio profissional, quer na pessoa em cuidado. No SMI concretamente, pela complexidade dos cuidados, condição clínica e necessidade de constante posicionamento da PSC ou levante diário para cadeirão, estes princípios estão sempre

presentes, através da utilização de técnicas ergonómicas e dispositivos, como resguardos, transferes e elevadores, a fim de evitar lesões nos profissionais de saúde e na PSC.

Assim, ao longo dos estágios, tive a oportunidade de implementar práticas que potenciam um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, não só a nível da administração segura de terapêutica como, também, a nível dos princípios da ergonomia e da organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e, deste modo, desenvolvendo competências enquanto futura EE.

3.3. Domínio da gestão dos cuidados

No SMI, tive a oportunidade de conhecer a dinâmica de gestão do serviço, a nível de recursos humanos, materiais e os cuidados de enfermagem, onde o EE tinha um papel fulcral. Neste contexto, o enfermeiro responsável, preferencialmente, deverá ser um EE considerando que este apresenta uma melhor preparação e competências no que respeita a liderança, gestão e articulação com a equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A EE tutora que me foi atribuída era responsável por uma das alas, na maioria dos turnos que realizei. Deste modo, percecionei o papel do enfermeiro responsável e as suas funções de gestão, que a nível de uma UCI, requerem muita responsabilidade e competência, devido à complexidade da dinâmica do serviço e à tipologia das patologias das pessoas em cuidado. O enfermeiro responsável ocupa-se de questões burocráticas, como pedidos de medicação e material, vigilância das visitas familiares e, essencialmente, gestão e organização transversal às necessidades do serviço.

O turno iniciava-se com uma passagem de turno, através da metodologia “Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação” (ISBAR), chamado de *briefing*, onde todos os enfermeiros, numa zona central da ala, podiam perceber o nível de cuidados da PSC e possuir uma visão global dos cuidados a realizar no turno. Após este *briefing*, era realizada uma passagem de turno individualizada e focada na pessoa em cuidado.

A passagem de informação em enfermagem tem como objetivo a continuidade dos cuidados à pessoa, transferindo a responsabilidade de um profissional para outro através da partilha de informações relevantes e precisas sobre a situação da pessoa, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como, o planeamento,

antecipação de riscos ou mudanças imprevistas da condição clínica, o que pode minimizar os seus riscos (Kitson, Athlin, Elliott, & Cant, 2013).

Este processo de transmissão de informação tem acompanhado o aumento da complexidade do sistema e, pode ocorrer pela forma verbal, apenas de memória, ambas ou verbal e escrita (The Joint Commission, 2017). Por outro lado, a comunicação ineficaz pode ser encontrada nos diversos contextos em saúde, sendo mais notória em contextos onde uma gestão rápida e eficaz é exigida. A UCI e o SU são contextos pautados pela complexidade e rapidez da execução de tarefas e, onde os componentes e processos de comunicação são complexos e propensos a erros (Müller, *et al.*, 2018). Assim, com o intuito de melhorar as transmissões de informação em saúde, a *The Joint Commission* recomendou a implementação de um sistema padronizado, uma vez que, esta tipologia está associada à redução da perda de informação essencial e à promoção da continuidade de cuidados (The Joint Commission, 2017).

O ISBAR é uma ferramenta de comunicação padronizada que possibilita a transmissão de informação importante entre profissionais de saúde. Permite que esta informação verbal seja transmitida de forma concisa, pertinente e completa, promovendo a continuidade de cuidados (Chiew, *et al.*, 2019). A DGS, considerando a importância da comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança da pessoa, emitiu em 2017 uma norma com o objetivo de uniformizar as boas práticas para uma comunicação eficaz, avançando com a metodologia ISBAR – onde a normalização da comunicação na transferência de informação, promove a segurança da pessoa em cuidado (Direção Geral da Saúde, 2017).

Ao longo dos estágios pude comprovar a importância desta metodologia na transmissão de informação durante as passagens de turno, levando a uma transmissão simples e concisa, diminuindo o risco de omissão de informação importante ao colega do turno seguinte. Em contexto de SU, esta metodologia ajudava, por outro lado, a sistematizar a informação de forma escrita em folha própria, ajudando a que todos os elementos da área se mantivessem atualizados acerca das pessoas que se encontravam no espaço, nomeadamente, conhecendo os seus antecedentes, queixas e plano de cuidados em curso. Considero que esta metodologia, nestes contextos, promove a diminuição do acontecimento de eventos adversos associados à transmissão de informação por via de uma comunicação ineficaz.

No SMI, após o *briefing* e a passagem de informação entre coordenadores, a enfermeira responsável assiste à passagem de turno médica, com o objetivo de atualizar a informação clínica relativa a cada PSC e perceber qual o plano terapêutico para as horas seguintes. Posteriormente, é responsável por transmitir esta informação a cada enfermeiro, informando-o das respectivas alterações ao plano de cuidados. Neste contexto, o papel do enfermeiro responsável é preponderante, não só na assessoria e colaboração com toda a equipa, mas, também, na melhoria da informação existente durante as tomadas de decisão nas passagens de turno médicas, onde o enfermeiro responsável transmite informação importante omitida pela avaliação médica. Do mesmo modo, com as competências que possui, o enfermeiro responsável coordena a equipa na prestação de cuidados, negociando os recursos disponíveis e, assim, permitindo a otimização dos mesmos, favorecendo um ambiente positivo e favorável à prática.

Ao longo dos estágios, consegui perceber a intervenção de ambas as tutoras na gestão dos respetivos serviços/áreas, integrando a sua visão de organização e gestão dos recursos e, assim, desenvolvendo competências nesta área.

3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A prestação de cuidados à pessoa, a vivenciar processos de instabilidade e risco de falência multiorgânica, e sua família, requer a aquisição de conhecimento técnico e científico por parte do EE, sendo os seus cuidados especializados e fundamentados na evidência científica. Assim, como futura EE, pesquisei e procurei adquirir conhecimento, no sentido de colmatar lacunas do mesmo e capacitar as minhas intervenções de enfermagem junto da PSC.

O SMI é um ambiente complexo, destinado ao tratamento de pessoas em situação crítica, com risco potencial para a manutenção da sua vida, onde a vivência de sentimentos de insegurança, ansiedade e stress é constante, pelo ambiente relacionado com o sofrimento e a morte que lhe é característico (Proença & Agnolo, 2011). Como já mencionado e, devido ao seu grau de instabilidade, a PSC carece de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, onde a intervenção avançada de enfermagem é uma mais-valia. Os cuidados são implementados considerando a pessoa como um todo, a vivenciar um processo de transição saúde-doença (Sá, Botelho, & Henriques, 2015) e, para além do referido, o enfermeiro é um profissional com elevado conhecimento em diversas áreas e com competências acrescidas no cuidado à PSC.

Neste serviço, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos acerca de diversos dispositivos e materiais que nunca tinha trabalhado, como a monitorização neurológica do Bispectral Index (BIS), a capnografia, técnicas de substituição renal e o NIRS (*near-infrared spectroscopy*), o que me permitiu realizar pesquisa bibliográfica nesta área e, deste modo, desenvolver o meu conhecimento. No caso do BIS, este era utilizado frequentemente, pelo que tive necessidade de relembrar os conhecimentos adquiridos aquando das aulas teóricas, potenciando os meus cuidados baseados na evidência.

O BIS é uma tecnologia médica utilizada na monitorização objetiva do grau de sedação, através da análise do eletroencefalograma (EEG). O monitor BIS agrega vários descritores de EEG num único valor que varia de 0 a 100, onde o 0 indica a supressão do EEG e o valor máximo (100) indica o estado totalmente desperto da pessoa (Chen, *et al.*, 2024). A nível do SMI, este método de monitorização não invasiva era utilizado em pessoas sob ventilação mecânica invasiva (VMI), procedimentos realizados junto da cama da pessoa doente, nos bloqueios neuromusculares e em situações de coma barbitúrico que, em contexto de estágio, não presenciei.

Já o NIRS, a oximetria transcraniana, uma tecnologia que conheci durante as aulas teóricas, consiste numa luz infravermelha que penetra os tecidos e, através dos cálculos da concentração dos cromóforos biológicos, como a hemoglobina, a hemoglobina oxigenada e a citocromo-c, é traduzida no cálculo da oxigenação tecidual. Esta tecnologia, embora possa ser aplicada em qualquer órgão, como método não invasivo, é principalmente utilizada para a monitorização da oxigenação muscular periférica (Lima & Bakker, 2011). No SMI, pude constatar que o NIRS era utilizado, sobretudo, na monitorização cerebral – onde eram monitorizadas as regiões cerebrais profundas pelas artérias cerebral média e cerebral anterior – e ao nível dos membros inferiores, quando submetidos à técnica ECMO, mais concretamente, na ECMO Veno-Arterial.

Esta tipologia de ECMO está associada a uma incidência relativamente alta de complicações vasculares, uma vez que, as pessoas sob esta técnica possuem uma canulação arterial (geralmente na femoral) e esta, encontra-se associada ao risco de hipoperfusão distal dos membros inferiores e isquemia da perna que possui a canulação. A obstrução do fluxo para a porção distal da perna pode exigir fasciotomia ou amputação do membro canulado. Assim, para prevenir a isquemia destes membros, intervenções como a avaliação dos pulsos distais ipsilaterais e da perfusão tecidual, assim como, a utilização do NIRS, podem ser úteis para

identificar hipóxia na porção distal do membro canulado em pessoas sob ECMO Venoso-Arterial (Patton-Rivera, *et al.*, 2018).

Para a consecução do presente domínio, a OE pressupõe que o EE tenha a capacidade de identificar as necessidades formativas dos locais de trabalho em que se insere, participando ativamente na formação dos pares e favorecendo a sua aprendizagem e destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências na sua área (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, ao longo dos estágios, refleti acerca das possíveis necessidades de formação de cada serviço, onde pudesse existir maior fragilidade, questionando os pares e a enfermeira tutora sobre temas pertinentes ou de maior interesse para a equipa, realizando no primeiro contexto, dois trabalhos, com respetivos pósteres e, no segundo contexto, outro trabalho, com o fim de desenvolver conhecimento na equipa e a nível pessoal, competências e conhecimentos enquanto futura EEEMC.

O contexto de UCI é caracterizado pela alta rotatividade de pessoas, o contato frequente com a morte, a dificuldade em comunicar com a PSC, os dilemas morais e éticos e um elevado envolvimento com a pessoa e família ao seu cuidado (Atkinson, 2009). Porém, existem aspetos destas unidades, como é o caso do SMI, que podem contribuir para o aumento da ansiedade e medo da PSC o que evolui, muitas vezes, para síndromes como o *Delirium*.

Esta síndrome, com uma elevada incidência em UCI, suscitou interesse pessoal, devido aos fatores que poderiam levar à mesma e, por este motivo, para otimizar as intervenções à PSC e adquirir novas competências nesta área, realizei durante o período de estágio uma revisão de literatura intitulada de “*Delirium – Implicações na pessoa sob ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos*” (Apêndice II) e um póster com uma síntese dos resultados obtidos (Apêndice III). Com esta revisão, percecionei a existência de intervenções farmacológicas e não farmacológicas passíveis de diminuir a incidência do *delirium* em UCI. Surgem algumas estratégias com resultados positivos como a implementação de protocolos de promoção do sono, onde os enfermeiros podem intervir, e a implementação de medidas arquitetónicas estruturais como: o acesso a luz natural, promovendo o acompanhar do ciclo dia/noite; o uso de tons claros nas paredes e mobiliário; a presença de relógios de parede e calendário; a iluminação individualizada e regulável e a existência de televisões e rádios (Gorecki & Prasun, 2024).

Durante o estágio tive a percepção que, apesar de existir conhecimento pela equipa de enfermagem acerca do instrumento de avaliação do *delirium* mais recomendado, a sua avaliação não era realizada de forma frequente ou por rotina. Este facto veio corroborar o que considerei uma necessidade, ou seja, a realização desta revisão e exposição dos seus resultados com a restante equipa.

No mesmo sentido, ao longo dos turnos no SMI, apercebi-me da presença frequente, em contexto de internamento, de pessoas com patologia oncológica que, devido ao tratamento por quimioterapia ou radioterapia, encontravam-se neutropénicos e com sintomatologia associada à sua instabilidade hemodinâmica. A mucosite oral é um sintoma frequente e, por sua vez, foi notório algum desconhecimento da equipa acerca do tratamento específico, motivo pela qual realizei uma revisão de conceitos intitulada de “Revisão de Conceitos: A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral” (Apêndice IV) e, novamente, um póster para a apresentação de resultados à equipa (Apêndice V).

Com a realização desta revisão, deparei que os cuidados orais são uma parte fundamental na prevenção e tratamento da mucosite, onde o enfermeiro pode ter um papel muito importante, realizando os ensinamentos necessários para o seu cuidado, no caso de a pessoa possuir alguma autonomia. As intervenções de enfermagem devem ter por base, também, o grau de mucosite estabelecido em conjunto com a sintomatologia associada (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017).

Neste sentido e, considerando que o EE deve basear a sua prática clínica em evidência científica, identificando lacunas do seu conhecimento, motivando-se e atualizando-se através da investigação e procura de nova evidência e, posteriormente, implementando novos conhecimentos e partilhando-os com os seus pares (Ordem dos Enfermeiros, 2019), considero que, ao longo deste estágio final, experienciei diversas oportunidades, situações complexas e imprevisíveis, procurando sempre demonstrar iniciativa e proatividade durante todo o processo de desenvolvimento. Recorri à pesquisa bibliográfica de forma que a minha prática tivesse uma fundamentação e, deste modo, conseguisse desenvolver competências como EE e tirar o máximo proveito dos desafios que foram surgindo.

4. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMC NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PSC

A Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma área abrangente compreendendo as competências comuns do EE, assim como outras especialidades da enfermagem. Através do Regulamento nº. 429/2018, a OE definiu competências especializadas, de acordo com o contexto de intervenção, subdivididas em quatro áreas e onde, por sua vez, eram também definidas quais as competências expectáveis do EE em cada área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este capítulo tem como objetivo refletir acerca das competências específicas do EE em EMC na área da enfermagem à PSC desenvolvidas ao longo dos estágios. A reflexão das vivências nos respetivos contextos é acompanhada de respetiva fundamentação. Assim, o capítulo encontra-se dividido em subcapítulos, onde cada um deles representa as competências específicas do EE consideradas mais relevantes ao longo de todo o percurso.

4.1. Cuidar da pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e respetiva família;

Esta competência preconiza que o EE possua a capacidade de mobilizar os seus conhecimentos e múltiplas habilidades de forma breve e holística à PSC e sua família/cuidador, considerando a complexidade do seu estado de saúde, como é o caso da doença crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No desempenho do meu exercício, em contexto de estágio no SUMC, prestei cuidados de enfermagem à PSC, na maioria das áreas do respetivo serviço. Devido à imprevisibilidade deste contexto e a elevada afluência, a utilização de uma metodologia de trabalho que garanta o cuidado em tempo útil e de acordo com as necessidades das pessoas em cuidado, não pela sua ordem de chegada é, muitas vezes, impreterível. O STM permite a sinalização das situações para um atendimento prioritário, de forma objetiva, o que possibilita o acionamento das vias verdes e, assim, um rápida identificação e intervenção em focos de instabilidade (Grupo Português de Triagem, 2010).

A tomada de decisão baseada em algoritmos permite uma atuação célere, considerando prioridades, o que promove o encaminhamento assertivo da PSC e, deste modo, garante cuidados de saúde ajustados e seguros.

Um dos subdomínios que compõe a competência supracitada é a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando focos de instabilidade e riscos de falência orgânica. Neste contexto, uma das vivências que potenciou o desenvolvimento de competências nesta área, foi a ocorrência de um acidente de viação multivítimas (quatro), onde duas delas foram recebidas no SUMC, mais especificamente na SE, após a execução do respetivo STM.

Nesta situação, por serem pessoas com idade inferior aos 17 anos e 364 dias, nomeadamente, 17 e 16 anos, foram inicialmente encaminhados para a área pediátrica deste SUMC, tal como definido por lei, através do Despacho n.º 9871/2010 (Ministério da Saúde, 2010). Porém, devido à estrutura corporal da primeira PSC a chegar ao SUMC e inexperiência da equipa da urgência pediátrica presente, no contexto supracitado, a equipa da SE Adultos em conjunto com a anestesista de urgência, consideraram que o melhor para a PSC seria ser transferida para o cuidado a nível da SE Adultos. Neste contexto, auxiliei na prestação de cuidados à PSC, vítima de acidente de viação, considerada como politraumatizada.

O trauma é uma das principais causas de morte em todo o mundo e, é definido por uma ou mais lesões, fatais ou não, que levam a uma mudança significativa na qualidade de vida da pessoa que o sofre (Järbrink, *et al.*, 2023). A mortalidade associada a este contexto respeita, normalmente, três fases cruciais: a primeira fase, nos primeiros segundos a minutos após o trauma, onde resultam lesões fatais, podendo ser reduzido apenas com a prevenção do mesmo; a segunda fase acontece de minutos a várias horas após o trauma, resultando lesões com potencial de fatalidade, quando não há intervenção de cuidados diferenciados e a terceira fase respeita vários dias ou semanas após o trauma e é o resultado de complicações multiorgânicas – neste sentido, a intervenção precoce dos cuidados de saúde assume um elevado nível de preponderância (Mota, *et al.*, 2021).

Os acidentes de viação são, mundialmente, considerados um problema de saúde pública que provoca milhões de mortes durante o ano, causando incapacidade temporária ou permanente nas vítimas (Organização Mundial de Saúde, 2015). São definidos como uma ocorrência imprevista, súbita e anormal, ocorrida na via pública como consequência da circulação rodoviária, que provoca vítimas ou danos materiais, no veículo que se encontre em movimento ou em repouso (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

O acidente de viação que levou ao trauma das pessoas recebidas no SUMC, foi um acidente com colisão lateral, onde os ocupantes, à exceção do condutor, não se encontravam a utilizar cinto de segurança. A biomecânica do trauma deve ser explicitada à equipa, uma vez que, a sobrevivência é mais elevada quanto mais célere a aplicação dos cuidados de emergência. Neste sentido, vindo a confirmar-se que este era um trauma fechado, sabe-se que existem duas forças envolvidas no impacto – a compressão e a laceração/estiramento – esta última, surge como resultado de uma mudança abrupta de velocidade por parte de um órgão ou estrutura que, por sua vez, pode levar à laceração dos órgãos. Por outro lado, a compressão resulta da opressão direta entre um órgão e outras estruturas (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012).

Neste caso específico, sendo um acidente por impacto lateral, segundo o INEM (2012), os ocupantes podem sofrer lesões ao serem deslocados lateralmente e pela deformação interna causada pela intrusão da porta. Caso os ocupantes estejam com o cinto de segurança colocada, as lesões provocadas pelo movimento do veículo são, também, de menor gravidade, o que não aconteceu na presente situação relatada. Com o impacto lateral, quatro regiões do corpo encontram-se mais propensas ao desenvolvimento de lesões: cabeça, pescoço, tórax e o abdómen/pélvis (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012).

Nesta situação e à chegada à SE Adultos, uma das PSC encontrava-se com alteração de estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow 7), com trauma fechado, sem lesões por perda de continuidade visíveis. Assim, perante a instabilidade da via aérea, por diminuição do estado de consciência e, seguindo os critérios para a entubação orotraqueal (Duška, Al-Haddad, & Cecconi, 2023), foi realizado este procedimento, permitindo a permeabilidade da via aérea ao colocar a PSC sob VMI.

A entubação orotraqueal tem como objetivo a maximização da oxigenação e ventilação, estando indicada em situações de hipóxia ou hipercapnia prevista ou instalada; situações de controlo da via aérea com risco instalado ou de possível obstrução; incapacidade de oxigenar e ventilar adequadamente; score < 9 na Escala de Coma de Glasgow e em casos de PCR (Morais & Pratas, 2021).

A VMI visa otimizar a fisiologia pulmonar da pessoa, através da realização de trocas gasosas eficazes, recrutamento alveolar, redução do potencial de lesão e a garantia da estabilidade hemodinâmica (Wright, 2011). Este tipo de ventilação, substitui de forma total ou parcial a

função ventilatória, através de um tubo, orotraqueal ou traqueostomia – utilizada apenas em casos de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. A prestação de cuidados à pessoa sob VMI exige ao enfermeiro a posse de conhecimentos teóricos adequados acerca dos parâmetros ventilatórios, de modo a conseguir avaliar e gerir a adaptação ventilatória, implementando intervenções diferenciadas e complexas e, assim, garantindo a sua segurança, atuando precocemente em situações de instabilidade hemodinâmica e falência orgânica (Filho, *et al.*, 2016).

A pessoa sob VMI, ao longo dos estágios, representou um grande desafio pessoal, uma vez que, inicialmente existia uma lacuna de conhecimento e prática clínica relativamente a esta técnica. No SMI, tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC sob VMI, percecionando a importância do EE nesta área, assim como, quais as vigilâncias a considerar, para que a adaptação ventilatória fosse adequada e os cuidados prestados de segurança. O estágio no SUMC foi já uma segunda experiência com esta técnica e, onde conjuntamente com a enfermeira tutora, consegui participar nos cuidados imediatos à PSC sob VMI, com maior tranquilidade, mantendo a estabilidade e adaptabilidade ventilatória e, ainda, em contexto intra-hospitalar, acompanhando-a à realização de exames complementares de diagnóstico. A realização destes exames permitiram a definição do diagnóstico, com consequente necessidade de transporte da pessoa para um hospital central, com todas as especialidades médicas e UCI de nível III. Mais uma vez, a pesquisa bibliográfica e o apoio das enfermeiras tutoras foi fulcral para o desenvolvimento de conhecimento e capacidades que me permitiram, no término do estágio final, ser capaz de prestar cuidados técnicos complexos à PSC e, deste modo, desenvolver a competência acima referida.

Como já mencionado, outra PSC, com 16 anos, entrou no SUMC, porém, esta em cadeira de rodas, consciente e orientada, com queixas abdominais. Pela sua gravidade, foi triada com pulseira laranja e levada para a área cirúrgica. Aqui, o papel do EE, responsável pela área, foi preponderante, uma vez que, ao avaliar a PSC, considerou que esta era uma situação emergente – a pessoa apresentava dor abdominal, palidez cutânea notória e, como já referido, sendo considerada a biomecânica do trauma, existia uma grande probabilidade de trauma abdominal – assim, a PSC foi retriada com pulseira vermelha e encaminhada para a SE. Após a avaliação primária e, posterior realização de exames complementares de diagnóstico, foi confirmada a laceração do baço e encaminhada para o bloco operatório de Urgência, onde foi intervencionada cirurgicamente e, posteriormente, transferida para uma UCI de nível III,

numa transferência inter-hospitalar, através do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, pertencente ao Sistema Integrado de Emergência Médica.

O EE da área cirúrgica teve aqui um papel fundamental, identificando um foco de instabilidade existente e, através da retriagem, respondeu de forma antecipatória, demonstrando conhecimentos em trauma, o que potenciou a correção deste foco e a estabilização clínica da PSC. Esta situação potenciou o meu desenvolvimento de competências nesta área, compreendendo a importância do EEEMC na área de Enfermagem à PSC neste domínio e participando em todo o processo desde a admissão da pessoa à sua transferência intra/interhospitalar.

Num outro contexto, como já anteriormente referido, as UCI são ambientes complexos, destinados ao tratamento de pessoas em situação crítica, com risco potencial de vida, onde a vivência de sentimentos de insegurança, ansiedade e stress é constante, pelo ambiente de sofrimento e morte relacionado e que lhe é característico (Proença & Agnolo, 2011). A PSC encontra-se monitorizada permanentemente, sendo submetida a cuidados altamente complexos, com uso da mais recente tecnologia, permitindo aos profissionais, uma rápida intervenção em caso de agravamento do estado hemodinâmico (Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

No SMI, uma unidade de cuidados de nível III, existem todos os meios de monitorização invasiva e não invasiva necessários, sendo possível, como já referido, a antecipação de focos de instabilidade. Porém, apesar da existência de múltiplos recursos, é de extrema importância perceber qual o objetivo de cada um, as suas indicações e respetivos valores de referência, utilizando-os da melhor forma e em tempo útil.

Através da pesquisa bibliográfica e, de forma proativa, tentei ao longo do estágio e das oportunidades de aprendizagem, desenvolver competências relativas à prestação de cuidados à PSC, nomeadamente, tentando compreender a fisiopatologia da alteração hemodinâmica presente e, do mesmo modo, antecipando, identificando e respondendo a focos de instabilidade presentes, através da observação e monitorização.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas, é expectável que o EEEMC possua a capacidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e, neste sentido, o período de contacto no SMI, proporcionou-me a

participação e observação de inúmeros procedimentos complexos. Entre os vários procedimentos, faço referência ao que mais interesse me suscitou, a técnica ECMO.

Como anteriormente mencionado, a técnica ECMO é uma forma de suporte de vida para pessoas com graves alterações hemodinâmicas que possui um elevado potencial, porém, devem ser sempre considerados riscos associados, incluindo a hemorragia abundante, lesões neurológicas irreparáveis e a morte (Burrell, *et al.*, 2023).

Durante o estágio no SMI, tive a oportunidade de participar numa canulação ECMO Venoso-Venoso, percebendo a complexidade associada a esta técnica e a importância da presença do EE, aquando da realização da mesma, antecipando possíveis focos de instabilidade associados à inserção das cânulas e ao início da técnica.

A vigilância e os cuidados prestados à PSC sob técnica ECMO exigem do enfermeiro, um elevado grau de conhecimento e experiência específica. Na equipa do SMI, existem diversos médicos e enfermeiros especializados e, ainda, uma equipa ECMO - responsável pela realização de resgates extrahospitalares, a canulação em serviços intrahospitalares, troca de oxigenadores (componente do *CardioHelp*) e a manutenção diária do próprio ECMO.

O período de estágio no SMI, concedeu-me a oportunidade de prestar cuidados a PSC sob esta técnica, em conjunto com a minha tutora que, não pertencendo à equipa ECMO, possui muitos anos de experiência na área, transmitindo-me conhecimentos acerca dos principais cuidados a ter, indicações, vigilâncias necessárias e possíveis complicações. Através da pesquisa bibliográfica, fui aprofundando o meu conhecimento nesta área, o que me permitiu adquirir novos conhecimentos e habilidades, percecionando a importância do conhecimento das etapas de ação durante a canulação, uma vez que o enfermeiro responsável dá apoio à realização do procedimento. No mesmo sentido, é referido na evidência científica que os enfermeiros a exercer funções num centro de referência ECMO, devem ter a capacidade de verificar o circuito quanto à sua integridade, seja pela formação de coágulos, bolhas de ar ou fugas, assim como, garantir a segurança e estabilização da pessoa durante os posicionamentos (Kiersbilck, Gordon, & Morris, 2016). Este tipo de vigilância foi-me transmitido pela enfermeira tutora, o que potenciou a minha aquisição de competências necessárias e indispensáveis para a gestão de uma pessoa sob esta técnica de forma segura.

O conhecimento sobre a gestão de situações de sedoanalgesia é um dos subdomínios que um EEEMC na área da PSC deve possuir. A literatura evidencia que a sedação das pessoas com

aporte ventilatório deve se encontrar ajustada ao mínimo necessário, sem que isso comprometa a sua situação clínica. Deve ser ajustada para atenuar o desconforto, controlar a ansiedade e, como recurso, em situações críticas. O uso mínimo de sedativos encontra-se associado a uma menor incidência de eventos adversos, como o aumento da duração da ventilação mecânica, o aumento do tempo de internamento e, até mesmo, o aumento da mortalidade. Por outro lado, a redução progressiva da sedação está associada a uma extubação precoce e a um menor risco de *delirium* (Ranzani, Simpson, Augusto, Cappi, & Noritomi, 2014; Louzon, Jennings, Ali, & Kraisinger, 2017)

Ao nível do SMI, muitas das pessoas internadas encontravam-se sob suporte de VMI e sedoanalgesia, o que me levou a refletir, muitas vezes, acerca da necessidade de suporte ventilatório, das atitudes e cuidados de enfermagem a realizar. A pesquisa bibliográfica auxiliou-me a reunir o conhecimento para a avaliação da sedação e, em conjunto com a enfermeira tutora, sempre que surgia oportunidade, discutíamos os casos clínicos específicos com potencialidade de diminuição da sedação e/ou possibilidade de futura extubação.

A *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS) é a escala utilizada no SMI para a avaliação da resposta comportamental a pessoas sob sedação, pelo menos uma vez por turno. Esta, encontra-se indicada na avaliação do nível de sedação e agitação, variando entre um RASS de +4 (estado combativo) a -5 (sem resposta). O nível 0 da escala indica que a pessoa se encontra num estado de alerta e calma (Rijkenberg, Stilma, Bosman, Meer, & Voort, 2017). A utilização deste instrumento, conjuntamente com o BIS, permite titular os níveis de sedação e analgesia, de forma não invasiva, promovendo o conforto da pessoa, a sua segurança e estabilidade hemodinâmica.

Neste contexto de estágio, um tema apresentou maior interesse de pesquisa e aquisição de conhecimentos, a nível pessoal: o *delirium*. Esta síndrome, caracterizada pelo seu início súbito, com evidência de sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência e compromisso da função cognitiva, por parte da PSC (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020), pode ser definida como *delirium* hiperativo – caracterizado pela agitação, inquietação, labilidade emocional e comportamento agressivo – ou, *delirium* hipoativo – quando os sintomas manifestados incluem afeto plano, retraimento, apatia e letargia (Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton, 2024).

O seu estudo contínuo é fundamental, uma vez que, esta é uma síndrome frequente em UCI, com incidência de cerca de 87%, estando associada ao aumento da mortalidade e utilização de recursos em UCI, assim como, o aumento do tempo de internamento e comprometimento cognitivo a longo prazo da PSC (Fiest, Soo, & Hee, 2021). Para o diagnóstico do *delirium*, em UCI, são utilizadas escalas, nomeadamente a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Devlin, *et al.*, 2018). No caso específico do SMI, utilizei a CAM-ICU para a avaliação da presença ou desenvolvimento do *delirium* na PSC.

Esta escala, criada em 1980, foi adaptada em 2001, para a sua utilização na avaliação desta síndrome na PSC sob ventilação invasiva em UCI, possuindo uma alta sensibilidade e especificidade, podendo ser aplicada em pessoas com incapacidade de comunicar verbalmente e, do mesmo modo, encontrando-se traduzida e validada em diversos idiomas, o que permite uma alta aplicabilidade na prática de cuidados (Tanaka, *et al.*, 2015).

Neste sentido, sendo o *delirium* uma síndrome com elevada incidência em UCI, considerei importante a realização de uma revisão da literatura acerca deste tema, a fim de desenvolver competências na prevenção desta síndrome, durante a minha prática de cuidados (Apêndice II). Esta revisão teve como ponto de partida a questão de investigação “Qual o impacto na morbimortalidade, em pessoas sob ventilação invasiva em UCI, de medidas de prevenção e tratamento do *delirium*?”, surgindo após a aplicação de critérios de exclusão, 5 artigos que integraram esta revisão.

Esta revisão da literatura evidenciou a importância da prevenção e diagnóstico precoce desta síndrome, uma vez que, a sua presença está relacionada com o atraso da recuperação da PSC, potenciando o aumento do internamento em UCI, assim como as comorbilidades associadas (Gorecki & Prasun, 2024). A intervenção na prevenção do *delirium* na PSC pode-se traduzir em medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo necessário considerar os riscos associados à administração terapêutica, uma vez que, a frequente utilização de sedoanalgesia em UCI, nomeadamente benzodiazepinas e opióides, leva a uma perturbação do ciclo do sono, o que pode levar ao *delirium* (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024).

Um dos fármacos com alguma evidência no tratamento do *delirium* é o ácido valpróico. A sua administração, apresenta alguns benefícios, porém, possui efeitos adversos como a hepatotoxicidade (6,1%) e a trombocitopenia (12,2%) que, apesar de serem comuns em

contexto de UCI devido a causas multifatoriais, são significativos quando a pessoa apresenta disfunção multiorgânica (Swayngim, Preslaski, & Dawson, 2024). Por outro lado, o uso da quetiapina no tratamento desta síndrome, é já uma realidade em algumas unidades hospitalares, no entanto, sem evidência que seja a melhor opção terapêutica (Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton, 2024).

As medidas não farmacológicas são intervenções passíveis de ser realizadas de forma autónoma pelo enfermeiro e que incidem sobretudo na promoção do sono, uma vez que, a privação do sono é vivenciada por 80% das pessoas internadas em UCI, encontrando-se associada a alterações agudas do estado mental, disfunção cognitiva e *delirium* (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024). A implementação de um protocolo de promoção de sono em UCI, demonstrou resultados positivos, como a redução da incidência desta síndrome, do tempo de internamento e da agitação presente em pessoas sob VMI, uma vez que, através da avaliação da escala de RASS, estas apresentavam uma diminuição do score após a implementação de medidas não farmacológicas (Gorecki & Prasun, 2024). Entre as medidas para a promoção do sono, encontravam-se estratégias diurnas – como a presença de luz natural, a remoção das contenções físicas e a maximização da estimulação diurna – e as estratégias noturnas – como a existência de luz fraca, a comunicação em tom baixo, entre profissionais, a redução de volume, a minimização de alarmes e de intervenções físicas desnecessárias (Gorecki & Prasun, 2024).

Com esta revisão, foi percebida a existência de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que podem diminuir a incidência desta síndrome, o que me levou ao desenvolvimento de competências na sua prevenção. Conjuntamente com a enfermeira tutora, foi discutida a possibilidade da introdução de algumas destas medidas no SMI, o que poderia beneficiar as pessoas internadas neste serviço. Neste sentido e, com o objetivo de sintetizar a informação mais importante, optei pela realização de um póster, disponibilizando à equipa, evidência de uma forma sintetizada (Apêndice III).

Ainda no contexto do estágio no SMI, constatei a frequente presença de pessoa com doença oncológica, em fase neutropénica e com instabilidade hemodinâmica associada. Aquando da prestação dos cuidados, a presença de mucosite oral e as lacunas existentes no tratamento local deste sintoma foram notórias, não só a nível pessoal, mas, do mesmo modo, de alguns elementos da equipa a quem fui questionando acerca do mesmo. Em conjunto com a enfermeira tutora, consideramos que uma revisão de conceitos acerca deste tema seria

benéfica, não só a nível individual para o desenvolvimento de competências e conhecimentos nesta área, mas, também, para a equipa, uma vez que, esta é também uma das competências do EE. Assim, realizei uma revisão intitulada “Revisão de Conceitos: A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral” (Apêndice IV) onde, através de uma pesquisa bibliográfica, procurei determinar quais as intervenções de enfermagem no tratamento deste sintoma, frequente na pessoa sob tratamento oncológico, para o desenvolvimento de competências nesta área.

A mucosite oral é definida como uma inflamação e ulceração da mucosa oral, resultante da ação de agentes citostáticos e de radiação ionizante, formando uma pseudomembrana, dolorosa e fonte potencial de infeções com risco de morte associado (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017; Palmela, 2010). Segundo estes autores, esta tem um tratamento de 2 a 3 semanas, porém, é responsável por alterações nos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, nomeadamente, alterações temporais na administração dos mesmos, podendo afetar o seu sucesso e, conseqüentemente, a sobrevida das pessoas sob este tipo de tratamento.

No caso da radioterapia em específico, a mucosite oral é o efeito agudo de maior frequência e dose-limitante para este tratamento, podendo resultar em dor, disfagia e alterações na capacidade de comunicação, podendo levar à imunossupressão da pessoa e, conseqüentemente, ao risco de sépsis por infeções oportunistas (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017). Segundo o mesmo autor, alguns dos fatores de risco associados ao aparecimento, duração e intensidade da mucosite oral são: idade; estado nutricional deficiente; suporte entérico; mau estado da dentição; lesões orais; baixa produção de saliva; hábitos de higiene precários; imunidade comprometida; suportes terapêuticos e outras comorbilidades.

Para o tratamento da mucosite deve ser sempre considerada a dor local, onde devem ser adotadas medidas de prevenção de ocorrência e/ou agravamento da mesma e, não apenas atuar no seu controlo quando se encontra estabelecida. Neste sentido, devem ser utilizados horários fixos de administração de fármacos, preferencialmente por via oral quando disponível e, onde o controlo da dor deve iniciar-se por estratégias, adequadas a cada pessoa, como tratamentos locais tópicos e escalando medidas conforme necessidade. No caso da dor orofaríngea, esta deve ser abordada imediatamente, com estratégias agressivas de alívio de

dor imediato, podendo envolver a aplicação de anestésicos tópicos em combinação com opióides de ação curta (Palmela, 2010).

A avaliação do grau de mucosite é fundamental e realizada com recurso a escalas, das quais é possível destacar a escala da Toxicidade Oral da *World Health Organization* (WHO) e a escala do *National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events*. Estas escalas foram desenvolvidas com o objetivo de descrever a toxicidade existente em pessoas submetidas a quimioterapia, onde são integrados os sinais da mucosite. A escala da WHO é recomendada, uma vez que a sua utilização é considerada mais fácil e prática – possui cinco graus de toxicidade da mucosite, descrita de 0 a 4, onde o 0, significa a inexistência de mucosite e o 4, a existência de mucosite oral extensa (Thomson, *et al.*, 2015).

Neste contexto, o papel do enfermeiro é fulcral, intervindo na minimização da sintomatologia existente e, do mesmo modo, promovendo o ensino da pessoa na prevenção da mucosite, melhorando a sua qualidade de vida e diminuindo a incidência deste tipo de sintoma. Do mesmo modo, o conhecimento acerca das estratégias para o controlo da dor é fundamental para uma escalada de medidas com base na resposta ao aumento dos níveis de dor, precoce e eficaz, prevenindo a exacerbação das alterações na mucosa oral. Assim, com a realização desta revisão de conceitos, desenvolvi competências nesta área promovendo, do mesmo modo, uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, um dos subdomínios que caracterizam o EEEMC na área da Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Com o intuito de sintetizar a evidência recolhida e simplificar a sua disponibilização para a equipa do SMI, realizei um póster que foi fornecido, em local adequado, a toda a equipa (Apêndice V).

Como já referido, o EE deve possuir competências na área da gestão diferenciada da dor, seja através de medidas farmacológicas, ou pela utilização de medidas não farmacológicas. O EE é o profissional de saúde, com grande proximidade à PSC, dispondo de uma maior oportunidade de promover o seu bem-estar, satisfação e autocuidado, pelo que possui uma maior responsabilidade na identificação precoce da dor e intervenção para o seu controlo.

A nível das UCI, a presença de um nível elevado de sedação inibe a capacidade de verbalizar a intensidade da dor vivenciada, sendo necessário que o profissional de saúde possua a capacidade de a avaliar, através de instrumentos de avaliação da dor validados e intervir perante os resultados obtidos. Segundo Aslan & Dikmen (2021), os enfermeiros

desempenham um papel fulcral no alívio da dor e na promoção do conforto, na medida em que, numa fase inicial da dor, realizam o seu diagnóstico e intensidade, intervindo de forma célere e com prioridade, de maneira a eliminar a dor vivenciada.

No SMI, as escalas utilizadas, fundamentalmente, são: a Escala Numérica da Dor – utilizada na pessoa consciente e orientada, sem qualquer tipo de sedação – e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) – na avaliação da pessoa sob sedação e/ou curarização, sob VMI, sem capacidade de comunicar, incluindo a PSC não ventilada, mas sob Dexmedetomidina. A CPOT, desenvolvida em 2006, é dividida em quatro secções correspondentes a diferentes categorias comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adesão ao ventilador (apenas em pessoas sob VMI) ou vocalização (apenas em pessoas não ventiladas). Cada secção é pontuada de 0 a 2, sendo que a pontuação total possível pode variar entre 0 e 8 (Gélinas, Fillion, Puntillo, Viens, & Fortier, 2006).

Com base nestas escalas, é realizada uma adequada gestão da analgesia e sedação para cada pessoa, pelo que me foi possível perceber, ao longo do estágio, que a intervenção do EE permite um controlo efetivo da dor, através das suas competências, que lhe permitem intervir com medidas farmacológicas e não farmacológicas, prevenindo o agravamento da dor e repercussão no estado hemodinâmico da PSC. Neste sentido, tive a oportunidade de preparar, administrar e gerir sedo-analgesia das pessoas que me foram atribuídas, recorrendo à pesquisa bibliográfica com o objetivo de adquirir e consolidar conhecimentos acerca dos fármacos utilizados e possíveis reações adversas a vigiar. Assim, considero que ao desenvolver as capacidades supracitadas, concluí este percurso sendo capaz de gerir de forma adequada medidas de controlo da dor, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Outro dos subdomínios das competências do EEEMC na área da PSC, definidos pela OE, é a gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e sua família/cuidador perante uma situação de alta complexidade. No caso do SU, este apresenta-se como um contexto altamente diferenciado e desafiante, onde o cuidado à PSC é o foco emergente de toda a equipa multidisciplinar e o processo de tomada de decisão é complexo, colocando, muitas vezes, as necessidades da família em segundo plano (Sweet & Foley, 2019).

Sabendo que a comunicação é a base do relacionamento entre os seres humanos, capaz de influenciar o comportamento das pessoas, é natural que os enfermeiros, concretamente os

EEEMC, profissionais com maior proximidade à PSC e sua família, possuam competências para avaliar e intervir face às suas necessidades (Shajani & Snell, 2019). Estes, assistem a pessoa e sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde e/ou falência orgânica, o que lhes confere uma intervenção diferenciada junto dos mesmos (Sá & Velez, 2021).

Neste sentido, considerei importante a realização de uma revisão da literatura nesta área, para perceber “Qual a importância da comunicação do enfermeiro com a família da PSC, em contexto de serviço de urgência?”, a questão de investigação que foi o ponto de partida desta pesquisa (Apêndice I).

Com esta revisão, foi evidente a importância da comunicação eficaz com a família na diminuição do seu sofrimento, visto que esta clarifica a compreensão da situação em que a PSC se encontra, fornecendo, ao mesmo tempo, o suporte emocional necessário (Shajani & Snell, 2019). Para que a comunicação seja eficaz, a utilização de modelos surge como recomendação à correta atuação dos enfermeiros. Na triagem, através do Modelo de Comunicação de Enfermeiros de Triagem – esta assume um papel fundamental na receção da pessoa e sua família a este contexto e é o enfermeiro, a pessoa que transmite informação importante para os envolvidos (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023). Na prestação de cuidados após a triagem, surge o Modelo de Comunicação para Enfermeiros do SU, com quatro momentos considerados muito importantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica: o início da relação – onde a pessoa e sua família devem receber diversas informações (tempos de espera, motivo de abordagem); o ouvir atentamente – com a prática da escuta ativa, permitindo à família que exponha as suas dúvidas e o profissional se disponha de forma empática e respeitosa; a resposta clara e simples – com a abordagem às preocupações da pessoa e família, de forma simples e clara, aproveitando os momentos para a promoção da educação em saúde dos mesmos; e o fim da interação – onde é realizada uma reflexão acerca de toda a interação com os intervenientes (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).

Por outro lado, surge outro modelo que representa o cuidar da PSC e sua família no SU. Este modelo menciona as diversas dimensões na qual o enfermeiro sente a responsabilidade do cuidar. O enfermeiro tenta satisfazer as necessidades de todos os intervenientes, coordenando os cuidados e gerindo expectativas existentes, na perspetiva de um desfecho positivo. Do mesmo modo, tenta envolver a família da melhor forma possível, utilizando os

momentos de comunicação para estabelecer uma relação terapêutica, base do processo de humanização dos cuidados prestados (Berbís-Morelló, *et al.*, 2019). Neste sentido, perante as necessidades manifestadas pela família, o enfermeiro assume, muitas vezes, o papel central entre a PSC, família e restantes profissionais, mediando o processo de comunicação e, assim, satisfazendo as necessidades comunicativas manifestadas, permitindo a clarificação da situação e o fornecimento do conforto e suporte emocional que as famílias tanto necessitam (Shajani & Snell, 2019).

Com a realização desta revisão da literatura, foi-me possível perceber a importância que a comunicação entre o enfermeiro e a família detém no contexto do SU, facilitando todo o processo, desde a admissão até à alta, através do fornecimento de informações, esclarecimento de dúvidas e integração da família nos cuidados, o que leva a uma redução dos sentimentos negativos associados a este contexto. Paralelamente, tornou-se possível a aquisição de novos conhecimentos e competências, levando a uma adaptação pessoal comunicativa nas diversas situações a que fui exposta, durante o estágio no SU, potenciando o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família.

A capacidade de estabelecer uma comunicação e relação terapêutica com a família, como já mencionado é fundamental, porém, não só no SU, mas noutros contextos da prática de cuidados de saúde. No SMI, observei e participei em alguns momentos, onde a comunicação com familiares era estabelecida, muitas vezes, de forma difícil, pelo estado de saúde frágil do seu ente querido e, em especial, quando o prognóstico era reservado.

As más notícias podem ser explicadas como qualquer informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida de uma pessoa. Estas são dolorosas, tanto para a pessoa como para os seus familiares, pelo que os profissionais de saúde devem possuir e desenvolver conhecimentos sobre as abordagens de comunicação mais adequadas a cada situação (Malta, Baptista, Pereira, & Parente, 2023). Segundo os mesmos autores, neste tipo de contexto, uma comunicação assertiva reduz a ansiedade e os conflitos de emoções, traduzindo-se num instrumento terapêutico para a relação entre o profissional de saúde e família.

Durante o estágio no SMI, presenciei um momento difícil de transmissão de más notícias a uma família que possuía o seu chefe de família em contexto crítico neste serviço. Com a experiência da equipa e a sua perceção do aproximar do momento de fim de vida, a decisão de telefonar aos familiares mais próximos, apesar do horário noturno, foi mútua entre a

equipa. A empatia e a humanização dos cuidados estiveram sempre presentes, primeiro, ao não transmitir informação relevante via telefónica e, posteriormente, pelo cuidado na receção desta família ao serviço – utilizando a sala da família para a transmissão das más notícias, efetiva e adequadamente, num ambiente calmo, sem interrupções – e pelo acompanhamento desta, na visita e despedida do seu familiar. Esta, foi uma situação que me marcou, ao perceber o papel fulcral do EE na assistência à PSC, família/cuidador num momento difícil, como o fim de vida de um ente querido.

Esta Unidade Curricular, composta por dois contextos distintos, onde os cuidados de enfermagem são complexos e requerem competências diferenciadas, permitiu-me desenvolver diversas atividades, para além das perspetivadas por mim, na prestação de cuidados especializados à PSC, família e/ou cuidador que vivenciavam uma situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Assim, considero que, com o referido percurso, consegui adquirir as competências objetivadas para o domínio que nomeia este subcapítulo.

4.2. Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe;

A Ordem dos Enfermeiros (2018) preconiza que o EEEMC na área da PSC, perante situações de emergência, exceção e/ou catástrofe, seja capaz de planear e gerir a sua prática de cuidados de uma forma sistematizada, eficaz e eficiente, onde a sua atuação não é colocada em causa. Para a consecução desta competência, estabeleci como objetivo o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe.

Aquando do estágio no SU, verifiquei a existência de um local de armazenamento do material para situações de catástrofe, situado no gabinete da chefia de enfermagem, identificado como tal. Participei em reuniões de equipa, onde os enfermeiros responsáveis encontravam-se a realizar melhorias dos protocolos de situação de exceção e/ou catástrofe – identificando problemas e as possíveis soluções – no sentido de apresentar os resultados à restante equipa e, assim, aumentando a eficiência e promovendo a organização e segurança na prestação dos cuidados.

Compreendendo a realidade portuguesa das instituições de saúde pública, nomeadamente no que respeita a afluência das pessoas, os SU funcionam quase diariamente no máximo das suas capacidades. Deste modo, a existência de um plano de emergência externa é fulcral, uma vez que se apresenta como uma ferramenta de avaliação dos meios de reação

institucional face a uma situação de catástrofe, auxiliando na definição de regras ou normas gerais de atuação nestes contextos (Ferreira, 2021). Nas situações de exceção e/ou catástrofe, os SU são o destino da maioria das vítimas, o que provocará uma rotura desta tipologia de serviço, no caso de escassez de planeamento, bem como de meios técnicos e humanos. Por este motivo, a constante revisão e atualização dos planos de emergência em catástrofe (PEC) são fundamentais – dotando os hospitais de um documento orientador com vista ao planeamento e organização estrutural, considerando diferentes níveis de ativação e o devido encaminhamento interno e externo das vítimas.

Os enfermeiros do SU desempenham um papel importante em todas as fases destes eventos, necessitando de uma base de conhecimento teórico e um conjunto mínimo de competências para atuar e estar apto a qualquer evento catastrófico. Pessoalmente, neste estágio, vivenciei, como já referido anteriormente, uma situação de emergência por acidente de viação multivítimas, o que me permitiu compreender a importância da existência de um PEC que maximiza os recursos existentes, com vista ao melhor desfecho possível para as vítimas.

De modo a dar continuidade ao conhecimento adquirido ao longo dos estágios e considerando o interesse pessoal inerente à prática de enfermagem nos contextos de urgência e emergência, participei como congressista no 1º Congresso Internacional de Enfermagem do Doente Crítico (Anexo I). Para além do referido e, como a PSC possui múltiplas especificidades na sua prestação de cuidados, considerei que o investimento pessoal numa *MasterClass* denominada “SAV... *and Beyond*” (Anexo II), neste mesmo congresso, poderia me permitir adquirir novos conhecimentos, ouvindo outras experiências, numa partilha de saber, que em muito enriqueceu o que já tinha adquirido.

Através desta reflexão e experiências vivenciadas, considero que o objetivo proposto foi atingido ao longo do percurso, sendo capaz de assegurar condições de segurança na prestação de cuidados, participando e implementando respostas adequadas à pessoa vítima de trauma de acordo com as orientações mais atualizadas. Com a realização destas atividades, desenvolvi competências que me permitiram prestar cuidados diferenciados à pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe, participando da sua conceção até à ação.

4.3. Maximizar a intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção;

A resposta eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos, considerando o risco de infeção inerente aos vários contextos da sua atuação e sua complexidade, é uma das competências que o EEEMC na área da PSC deve possuir (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, os seus cuidados devem ser diferenciados, pela constante utilização de medidas invasivas e de diagnóstico e terapêutica, frequentes no cuidado à PSC. Assim, para a aquisição desta competência, um dos objetivos estabelecidos foi o desenvolvimento de conhecimentos e atividades no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma das causas da morbimortalidade em Portugal, dificultando o adequado tratamento à pessoa e, por outro lado, com custos acrescidos ao nível dos recursos hospitalares e comunitários (Direção Geral de Saúde, 2017). Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), o aumento da vulnerabilidade das pessoas à infeção está associado a fatores como: o recurso a procedimentos invasivos; a terapêutica antibiótica ou imunossupressora e internamentos recorrentes em unidades de saúde, afetando não só a qualidade dos cuidados prestados, como a qualidade de vida das pessoas e profissionais de saúde envolvidos em todo o processo de cuidados.

A nível das UCI, a utilização de dispositivos médicos invasivos, como cateteres vasculares, urinários ou a VMI é muito frequente, estando estes associados a complicações como o aumento do risco de infeção, devido à considerável contaminação destes dispositivos por bactérias e/ou fungos (World Health Organization, 2011). Segundo o mesmo autor, este fator leva a um aumento do número de prescrições de antibioterapia, necessária ao tratamento da maioria destas infeções, originando um problema adicional, nomeadamente, o aumento das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos.

Neste sentido, as UCI em Portugal estão integradas no programa europeu HELICS-UCI, que reúne dados a nível europeu acerca das IACS e tem como principal objetivo o incentivo à monitorização das infeções, identificando e comparando os resultados das diferentes UCI (World Health Organization, 2011). Para além deste programa e, com o objetivo de prevenir e controlar a infeção, em 2012, foram promovidas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Direção Geral de Saúde, 2017). As PBCI são normas que os

profissionais de saúde devem seguir com vista à redução do risco de infecção e transmissão cruzada de agentes conhecidos ou não. Estas, têm por base dez padrões de qualidade e destinam-se a garantir a segurança das pessoas, profissionais de saúde e todos aqueles que entram em contacto com os serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No SMI, a maioria das pessoas em situação crítica necessitavam de cuidados de nível III, possuindo algum tipo de dispositivo invasivo, que representa um risco constante de infecção. No sentido de prevenir e controlar a infecção, este serviço rege-se por normas de boa prática, de seu nome *Bundles* ou “feixes de intervenção”. Uma *Bundle* consiste num conjunto de intervenções (normalmente entre três a cinco), que têm por base a melhor evidência e que, quando aplicadas de forma correta, acarretam melhorias na segurança e nos resultados da pessoa em cuidado (Wasserman & Messina, 2018).

A pneumonia é a infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) mais prevalente em UCI de adultos (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018). Encontra-se associada à ventilação mecânica, desde a ventilação não-invasiva à VMI – que implica a entubação orotraqueal ou traqueostomia. Ambas as tipologias estão associadas ao aumento do risco de ocorrência de pneumonia e da incidência de outras infeções associadas à VMI (Kalanuria, Zai, & Mirski, 2014). Assim, com o objetivo de prevenir a sua ocorrência, no SMI, é seguida a Norma 021/2015 de 16 de dezembro ou *Bundle* “Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”, que orienta o profissional de saúde a implementar, na pessoa submetida a entubação orotraqueal, as seguintes intervenções: sedação ligeira, titulada no mínimo necessário; testes diários de provas de ventilação espontânea, em pessoas com critério para extubação; cabeceira elevada a um ângulo de aproximadamente 30° - evitando, ao máximo, momentos de posição supina; realização de higiene oral, pelo menos, 3 vezes dia e sempre que necessário e a manutenção da pressão no balão do tubo orotraqueal entre os 20 e os 30 cm H₂O, monitorizando a pressão em 3 momentos num período de 24 horas ou, então, utilizando a monitorização contínua (Direção Geral da Saúde, 2022). Estas intervenções devem permanecer registadas no processo clínico da pessoa.

Na sua maioria, a PSC no SMI, encontrava-se sob VMI, o que proporcionou a implementação contínua e metódica desta *Bundle*, desenvolvendo competências nesta área e prestando cuidados de acordo com a situação, prevenindo a pneumonia associada à intubação e conseqüentemente a infecção associada a tal dispositivo. Por outro lado, a complexidade inerente ao estado clínico da PSC e todos os procedimentos necessários à

manutenção da estabilidade hemodinâmica justificavam a colocação de um cateter venoso central (CVC). Assim, para o controlo do risco de infeção associado, encontra-se também implementada a *Bundle* proposta pela DGS em 2022, para a prevenção da infeção associada ao CVC. Esta, prevê que a manipulação do CVC implica: possibilidade diária de remoção; higienização das mãos prévia e posterior ao manuseamento; desinfeção e técnica asséptica e outras precauções associadas à sua colocação (Direção-Geral da Saúde, 2022). Todas estas intervenções encontravam-se implementadas no SMI, onde a equipa assegurava sistematicamente o cumprimento desta norma, com a finalidade de prevenir e controlar a infeção.

Para além das medidas referidas, é de elevada relevância a menção que o SMI cumpre as diferentes PBCI referidas na Norma 029/2012, dando aqui ênfase às relacionadas com a utilização de equipamento de proteção individual, utilizado sempre de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar. Para tal, este tipo de equipamento encontra-se disposto junto a cada unidade da PSC, acondicionado num local limpo e seco, para uso único e individual (Direção-Geral da Saúde, 2013). Do mesmo modo, as unidades da PSC estão preparadas de forma a minimizar a necessidade dos enfermeiros se ausentarem para a aquisição de material, existindo na cabeceira da pessoa, um local com o material usado com maior frequência, assim como, uma mesa para a disposição e preparação de terapêutica a administrar em cada turno.

Ao longo do estágio, realizei pesquisa bibliográfica a fim de colmatar lacunas existentes acerca da prevenção e controlo de infeção e com o objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados, de acordo com os protocolos em vigor em cada contexto. Neste sentido, senti necessidade de aumentar os meus conhecimentos, motivo pela qual realizei um curso denominado “Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral”, que me permitiu adquirir e consolidar conhecimentos nesta área (Anexo III)

Por fim, considero que através das atividades realizadas e oportunidades de aquisição de conhecimentos acerca das normas e medidas implementadas nos diferentes campos de estágio, consegui prestar e gerir cuidados de forma diferenciada, tendo por base a melhor evidência e, assim, atingindo os objetivos estabelecidos em relação à prevenção e controlo de infeção, com vista à aquisição de competências nesta área.

CONCLUSÃO

A evidência científica encontra-se em constante desenvolvimento, exigindo aos profissionais de saúde uma procura incessante por novos conhecimentos, não obstante da própria produção científica, essencial para o desenvolvimento e crescimento da profissão de Enfermagem. Do mesmo modo, o desenvolvimento de competências pelos enfermeiros, através da formação específica, é fundamental para a prestação de cuidados diferenciados, com processos de tomada de decisão complexos, qualidade e segurança.

Através da realização do presente relatório, procurei expor de forma crítico-reflexiva, os conhecimentos e competências adquiridas ao longo de todo o Curso de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à PSC, dando ênfase às atividades e competências desenvolvidas na prática clínica ao longo de todo o Estágio Final.

Os cuidados especializados à PSC foi um tema transversal aos dois contextos de estágio e a base para o desenvolvimento de atividades em que participei de forma proativa, sendo estas fulcrais para o desenvolvimento de competências como futura EE. Através das experiências mencionadas ao longo deste relatório, considero que atingi os objetivos estipulados no projeto inicial e adquiri competências necessárias para a prestação de cuidados especializados.

Como base para a aquisição das competências comuns e específicas do EE na área de Enfermagem à PSC, orientei a minha prática de cuidados tendo por base os princípios éticos, legais e deontológicos do Regulamento das Competências Comuns da OE (2019) e, do mesmo modo, mantendo o foco nos princípios preconizados pela OE (2018) no Regulamento das Competências Específicas.

Para além das atividades desenvolvidas e descritas neste documento, ao longo desta Unidade Curricular, senti a necessidade de realizar pesquisa científica. Como futura EE, devo ter a capacidade de prestar cuidados e tomar decisões, tendo por base a melhor e mais atualizada evidência. Assim, ao longo dos estágios, fui colmatando lacunas de conhecimento através da pesquisa em bases de dados, desenvolvendo competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste âmbito, realizei duas revisões da literatura e uma revisão de conceitos, para ambos os contextos, o que me permitiu desenvolver competências na área da investigação científica.

Para além destas, realizei pósteres com vista à sintetização da informação adquirida, disponibilizando-a, posteriormente, a toda a equipa de enfermagem, favorecendo a sua aquisição de novo conhecimento.

A PSC encontra-se, na maioria das vezes, perante um processo de doença complexo necessitando de uma rigorosa vigilância, monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência. Ao longo dos estágios, consegui desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC, contactando diretamente com situações de falência multiorgânica, onde o papel do EE é fulcral para a manutenção da vida desta pessoa e, do mesmo modo, atuando como um elo de ligação entre a família/cuidador e a equipa multidisciplinar, esclarecendo dúvidas existentes, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, fundamental no cuidado à PSC e sua família.

Ao longo deste percurso final, algumas foram as limitações sentidas destacando a realização de revisões da literatura e a falta de tempo em contexto de estágio, para a apresentação dos pósteres realizados aquando do estágio no SMI. Relativamente à realização de revisões de literatura, a dificuldade situou-se na pesquisa em base de dados através de uma metodologia lógica, com a utilização de critérios de inclusão e exclusão que permitissem obter os melhores resultados. Para ultrapassar esta limitação, o apoio do orientador foi fundamental, ajudando-me a encontrar a melhor evidência para o problema em questão. Relativamente à apresentação em serviço, por falta de disponibilidade do serviço e tempo de estágio, não me foi possível apresentar os pósteres realizados à equipa, um objetivo que tinha, mas que não consegui atingir, infelizmente. Porém, para a aquisição dos conhecimentos pela equipa, facultei um portefólio com todas as revisões da literatura e pósteres realizados e, também, todos os artigos que serviram de base a estes trabalhos, permitindo que a equipa tenha acesso aos documentos sempre que necessitem.

A integração nas dinâmicas dos serviços e a prestação de cuidados à PSC foi outra dificuldade sentida ao longo desta Unidade Curricular que, com a pesquisa bibliográfica e o apoio e disponibilidade dos tutores, consegui ultrapassar, desenvolvendo competências para o cuidado especializado à PSC e sua família/cuidador. Porém, considero importante salientar o papel fulcral dos tutores e orientador neste percurso, potenciando o meu desenvolvimento profissional e pessoal, através de todas as oportunidades de aprendizagem e aquisição de conhecimentos que me possibilitaram, incentivando-me sempre a pesquisar e a querer mais. Ambos os contextos e, concretamente as equipas multidisciplinares, foram sempre recetivas

e disponíveis, permitindo-me estagiar num ambiente positivo e favorável, com abertura para o esclarecimento de dúvidas sempre que estas surgiam.

A elaboração deste relatório permitiu a reflexão de todo o percurso de aquisição de conhecimentos e competências ao longo desta Unidade Curricular. Estes conhecimentos e competências, fundamentais para a prática de Enfermagem especializada como EE, permitiram, também, o meu desenvolvimento profissional, possuindo um olhar e abordagem diferente na minha prática diária, onde aspetos como a comunicação e a relação terapêutica, muitas vezes esquecidos, são agora um foco dos meus cuidados.

Elaborar este relatório foi o consumar de um percurso especial, de superação e de busca por novas aprendizagens e desenvolvimento pessoal, que me permitiu ser uma enfermeira mais capaz e com as competências para o cuidado à PSC e sua família de uma forma humana, segura e com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. Lisboa, Portugal.
- Assembleia da República. (14 de julho de 2009). Lei n.º 33/2009 de 14 de julho. *Diário da República: 1.ª série - N.º 134 - 14 de julho de 2009*. Lisboa, Portugal.
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105*. Lisboa: Diário da República.
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2017). *Linha de Consenso - Mucosite Oral em Radioterapia.*, (pp. 1-9).
- Atkinson, B. L. (2009). A unidade de cuidados intensivos. *Revista Nursing - Edição Portuguesa*, pp. 43-49.
- Banda, P., Carter, C., & Notter, J. (2024). Family-witnessed resuscitation in the emergency department in a low-income country. *British Journal of Nursing*, pp. Vol. 33, No 1.
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., L., O. M., & Marcons, S. S. (fev de 2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. *Texto & Contexto: Enfermagem*, p. e20180150.
- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., Silva, D. C., & Barbosa, T. P. (2019). Identification of Delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. *Revista Brasileira Enfermagem*, pp. 463-467.
- Berbís-Morelló, C., Mora-López, G., Berenguer-Poblet, M., Raigal-Aran, L., Montesó-Curto, P., & Ferré-Grau, C. (2019). Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2790-2800.
- Bergeron, N., Dubois, M., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive care screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, pp. 859-864.
- Bissonette, S., Chartrand, J., Bailey, L., Lalonde, M., & Tyerman, J. (setembro de 2023). Interventions to improve nurse-family communication in the emergency department: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2525-2543.
- Brazão, M. d., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 8-14.

- Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., & Gillespie, B. M. (2021). A systematic mixed studies review of patient experiences in the ed. *Emergency Medicine Journal*, pp. 643-649.
- Burrell, A., Kim, J., Alliegro, P., Romero, L., Neto, A. S., Mariajoseph, F., & Hodgson, C. (2023). Extracorporeal membrane oxygenation for critically ill adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Chen, X., Qin, X., Zhuang, Y., Li, Z., Liang, Z., Zhang, H., . . . Guo, X. (27 de setembro de 2024). The Impact of Bispectral Index Monitoring on Outcomes in Spinal Cord Stimulation for Chronic Disorders of Consciousness. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, pp. 677-687.
- Chiew, L., Bakar, S. A., Ramakrishnan, S., Cheng, P. C., Karunakaran, Y., & Bunyaman, Z. (2019). Nurse's perception and compliance on identification, situation, background, assessment and recommendation (isbar) tools for handoff communication in tertiary hospital, dammam. *Malaysian Journal Of Medical Research*, pp. 26-32.
- Cole, M., Ciampi, A., Belzile, E., & Dubuc-Sarrasin, M. (2013). Subsyndromal delirium in older people: A systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, pp. 771-780.
- Costa, P., Garcia, A., & Toledo, V. (jan de 2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. *Texto & Contexto: Enfermagem*.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., . . . Bosma, K. J. (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*, pp. 825-873.
- Direção Geral da Saúde. (8 de fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n° 001/2017*, pp. 1-8.
- Direção Geral da Saúde. (17 de novembro de 2022). Norma 021/2015 de 16 de dezembro: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. *Norma DGS - Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Portugal, Lisboa: Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (outubro de 2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Norma n° 029/2012 atualizada a 31/10/2013*. Lisboa, Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). *Norma n° 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (agosto de 2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma n° 022/2015 atualizada a 29/08/2022*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (10 de novembro de 2015). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. *Norma 022/2012*.
- Duška, F., Al-Haddad, M., & Cecconi, M. (2023). *Intensive Care Fundamentals*. Glasgow, UK: Springer.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units*. ECDC - Annual Epidemiological Report.
- Ferreira, A. (2021). Plano de Emergência Externa. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 358-362). Lisboa: Lidel.
- Fiest, K., Soo, A., & Hee, L. C. (2021). Long-term outcomes in ICU patients with delirium: A population-based cohort study. *AM J Respir Crit Care Med*, pp. 412-420.
- Filho, L. A., Martini, J. G., Vargas, M. A., Reibnitz, K. S., Bitencourt, J. V., & Lazzari, D. (2016). Competência Legal do Enfermeiro na Urgência/Emergência. *Enfermagem Em Foco*, pp. 18-23.
- Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 171-178.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients. *American Journal of Critical Care*, pp. 420-427.
- Ghanbari-Afra, L., Adib-Hajbaghery, M., & Dianati, M. (2022). Human Caring: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, pp. 246-254.
- Gorecki, N. M., & Prasun, M. A. (2024). Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes. *Critical Care Nurse*, pp. 11-18.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando 2ª edição*.

- Hawthorne, A., Delgado, E., Battle, A., & Norton, C. (2024). Quetiapine Twice Daily Versus Bedtime Dosing in Treatment of ICU Delirium. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 945-949.
- Henderson, V. (1998). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE / Virgínia Henderson (traduzido do original)*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, cop. 1998.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual TAS Emergências de Trauma - Versão 2.0*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Abordagem à Vítima - Versão 2.0*. Lisboa: INEM.
- Järbrink, H., Forsberg, A., Erhag, H. F., Lundälv, J., Bjerså, K., & Engström, M. (maio de 2023). Recovering from physical trauma in late life, a struggle to recapture autonomy: A grounded theory study. *Journal of Advance Nursing*, pp. 2905-2916.
- Kalanuria, A., Zai, W., & Mirski, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the ICU. *Critical Care*, pp. 1-8.
- Kamdar, B. B., King, L. M., & Collop, N. A. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*, pp. 800-809.
- Kamdar, B. B., Shah, P. A., & King, L. M. (2012). Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell sleep questionnaire. *Am J Crit Care*, pp. 261-269.
- Kiersbilck, C. V., Gordon, E., & Morris, D. (2016). Ten things that nurses should know about ECMO. *Intensive Care Medicine*, pp. 753-755.
- Kitson, A., Athlin, A. M., Elliott, J., & Cant, M. (2013). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal Of Advanced Nursing*, pp. 1228-1242.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-medica*, pp. 65-67.
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. CVR.
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstain, V., Muller-Funaiole, V., Cummings, K., & Knapp, V. (2010). NO STOPS: reducing treatment breaks during chemorradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, pp. 585-593.

- Levinas, E. (2011). *Otherwise than being or beyond essence (9th edition)*. Duquesne University Press.
- Lima, A., & Bakker, J. (2011). Espectroscopia no infravermelho próximo para a monitorização da perfusão tecidual. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 341-351.
- Lopes, L. D. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de Oncologia: uma construção coletiva. *Revista Texto Contexto Enfermagem*.
- Malta, H., Baptista, R., Pereira, M., & Parente, P. (2023). Protocol for the Communication of Bad News in Prehospital Emergencies. *Medical Sciences Forum*, p. 10.
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E., Frota, N. M., & Studart, R. M. (março de 2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 55-63.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (junho de 2010). Despacho n.º 9871/2010. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 112 — 11 de Junho de 2010. Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde. (11 de agosto de 2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11*. Lisboa.
- Mitchell, O., Edelson, D., & Abella, B. (2020). Predicting cardiac arrest in the emergency department. *Journal of the American College of Emergency Physicians*, pp. 321-326.
- Morais, L., & Pratas, A. (2021). Abordagem da via aérea em ambiente pré-hospitalar. *Revista Life Saving: Separata Científica*, pp. 22-33.
- Mori, S., Kashiba, K., Silva, D., Zanei, S., & Whitaker, I. (2009). Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 58-64.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-8.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (26 de julho de 2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, pp. 1-10.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Atribuição de Responsável de Turno. *Parecer Conjunto N.º01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República*. Lisboa. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*. Lisboa: Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Portugal.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Global Sobre o Estado da Segurança Viária*. Organização Mundial da Saúde.
- Palmela, P. (2010). *Guidelines para Cuidados em Saúde Oral em Doentes Oncológicos*. Queluz - Portugal: Círculo Médico - Comunicação e Design.
- Patton-Rivera, K., Beck, J., Fung, K., Chan, C., Beck, M., Takayama, H., & Takeda, K. (2018). Using near-infrared reflectance spectroscopy (NIRS) to assess distal-limb perfusion on venoarterial (V-A) extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) patients with femoral cannulation. *Perfusion*, pp. 1-6.
- Peplau, H. E. (outubro de 1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, pp. 162-167.
- Pinho, A., Misoreli, J., Montelli, R., & Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health*, pp. 145-160.
- Pinto, E., Della-Flóra, A. M., Silva, L. D., Rorato, T. J., Requia, J., Martins, E. S., . . . Marinho, M. G. (2014). O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. *Revista Brasileira Queimaduras*, pp. 127-129.
- Pol, I. v., Iterson, M. v., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: an interrupted time series analysis. *Intensive Critical Care Nursing*, pp. 18-25.
- Proença, M. d., & Agnolo, C. M. (junho de 2011). Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha Enfermagem*, pp. 279-286.
- Qin, H., & Prybutok, V. R. (2013). A quantitative model for patient behavioural decisions in the urgent care industry. *Socio-Economic Planning Sciences*, pp. 50-64.

- Rijkenberg, S., Stilma, W., Bosman, R., Meer, N. v., & Voort, P. v. (2017). Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, pp. 1227-1234.
- Roque, K. E., Tonini, T., & Melo, E. C. (2016). Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 1-14.
- Sá, F. G., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, pp. 31-46.
- Sá, F. L., & Henriques, H. M. (5 de outubro de 2020). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Sá, F. L., & Velez, M. A. (agosto de 2021). Family care in the emergency department: Nurses' lived experiences. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-8.
- Serafim, R. B., Dal-Pizzol, F., Souza-Dantas, V., Soares, M., Bozza, A. F., Povoia, P., . . . Salluh, J. I. (2022). Impact of subsyndromal delirium occurrence and its trajectory during ICU stay. *Journal of Clinical Medicine*, p. 6797.
- Serafim, R. B., Soares, M., Bozza, A. F., Lapa, E., Dal-Pizzol, F., Paulino, M. C., . . . Salluh, J. (2017). Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care (London, England)*, p. 179.
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.)*. F. A. Davis Company.
- SK Inouye, C. V., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, pp. 941-948.
- Skrobik, Y., & Devlin, J. (2010). The Intensive Care Delirium Screening Checklist has many potential benefits over the nursing delirium screening scale. *Critical Care Medicine*, pp. 1610-1611.
- Sloan, M. C. (2010). Aristotle's Nicomachean ethics as the original locus for the Septem Circumstantiae. *Classical Philology*, pp. 236-251.
- Song, C., Wang, S., Liu, J., Xu, W., Yang, Y., & Li, X. (2024). Predictive factors for the duration of subsyndromal delirium in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 3775-3783.

- Swayngim, R., Preslaski, C., & Dawson, J. (2024). Use of Valproic Acid for the Management of Delirium and Agitation in the intensive Care Unit. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 118-122.
- Sweet, V., & Foley, A. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice (7th ed.)*. Elsevier.
- Tanaka, L., Salluh, J., Dal-Pizzol, F., Barreto, B., Zantieff, R., & Tobar, E. (2015). Delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 360-368.
- Tehranehat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Journal of the Nacional Medical Association*.
- The Joint Commission. (12 de setembro de 2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, pp. 1-6.
- Thomson, M., Quinn, D. B., Horn, J., Treleaven, D. J., Houghton, D., Fulman, L., . . . Campbell, F. K. (maio de 2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group (UKOMiC)*.
- Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A Comunicação entre Enfermeiro, Família e Paciente Crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.
- Tondo, J. C., & Guirardello, E. d. (2017). Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1284-1290.
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, Â. d., & Lima, R. d. (2020). Delirium: Uma problemática atual. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 81-92). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Wasserman, S., & Messina, A. (fevereiro de 2018). Guide to infection control in the Healthcare Setting. *International Society For Infectious Diseases*, pp. 1-15.
- World Health Organization. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. WHO.
- Wright, A. J. (2011). Trauma Resuscitations and Patient Perceptions of Care and Comfort. *Journal of Trauma Nursing*, pp. 231-238.
- Yamada, C., Iwawaki, Y., Harada, K., Fukui, M., Morimoto, M., & Yamanaka, R. (2018). Frequency and risk factors for subsyndromal delirium in an intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, pp. 15-22.

Zelenkov, D., Hollins, R., Mahoney, E. J., Faugno, A. J., & Poyant, J. (2024). The Impact of a Pharmacist-Driven Multicomponent Sleep-Promoting Protocol on Delirium in Critically Ill Patients. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 578-586.

APÊNDICES

Apêndice I: Revisão da Literatura: A importância da comunicação entre o enfermeiro e a família, em contexto de situação crítica, no Serviço de Urgência



CATÓLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
(Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

UC – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Revisão da Literatura:

A importância da comunicação entre o enfermeiro e a família, em contexto de situação crítica, no Serviço de Urgência

Estudante: Juliana Cristina Vieira Azevedo

Tutora: Enf.^a Especialista T. M.

Sob orientação de:
Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, novembro de 2024

RESUMO

Introdução: A comunicação é um processo fundamental na prática de enfermagem, influenciando a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar da pessoa em situação crítica. O Serviço de Urgência é caracterizado por um ambiente dinâmico, de rápidas decisões, onde a comunicação eficaz entre o enfermeiro e a família é essencial para minimizar a ansiedade e promover o cuidado humanizado (Shajani & Snell, 2019). Porém, a comunicação nem sempre é priorizada, devido à complexidade das situações críticas, o que reforça a necessidade da existência de estratégias estruturadas para a otimizar a relação entre os profissionais e a pessoa e sua família (Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh, 2020)

Objetivos: Analisar a importância da comunicação do enfermeiro com a família da pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência e identificar estratégias passíveis de melhorar esta interação.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura através da pesquisa nas bases de dados: *CINAHL Complete, Medclatina; MEDLINE Complete; eBook Medical Collection (EBSCOhost); eBook Nursing Collection e eBook University Press Collection (EBSCOhost)*. Utilizaram-se os seguintes descritores em inglês: “*communication*”, “*nursing*”, “*family*” e “*emergency department*”. Os estudos foram selecionados seguindo a metodologia PRISMA, considerando publicações dos últimos cinco anos. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, assegurando a relevância dos estudos analisados.

Resultados: A comunicação eficaz entre o enfermeiro e a família no Serviço de Urgência tem um impacto positivo na redução da ansiedade e na melhoria da compreensão do estado clínico do doente. Estudos indicam que: A comunicação deve iniciar-se na triagem, com o enfermeiro triador fornecendo informações claras e objetivas (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023); A continuidade dos cuidados exige um modelo estruturado, garantindo que todos os enfermeiros utilizam estratégias de comunicação consistentes (Sá & Velez, 2021); Um modelo normativo de comunicação pode incluir quatro fases essenciais: Iniciar, Ouvir, Responder e Encerrar a interação (Sá & Velez, 2021); A família deve ser incluída como parte dos cuidados no serviço de urgência (Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh, 2020); O enfermeiro assume um papel central na mediação entre família e equipa de saúde, garantindo a transmissão eficaz de informações (Shajani & Snell,

2019). Além disso, a comunicação terapêutica melhora a relação profissional-família, promovendo um ambiente de cuidado mais humanizado e centrado na pessoa.

Conclusão: A comunicação eficaz entre enfermeiros e familiares no Serviço de Urgência é fundamental para garantir um cuidado centrado na pessoa e reduzir a ansiedade dos envolvidos. Para que esta interação seja bem-sucedida, é essencial que os enfermeiros utilizem técnicas adaptadas e baseadas em protocolos estruturados, garantindo que a comunicação seja clara, objetiva e empática (Shin & Yoo, 2022). O enfermeiro, como elo entre a equipa de saúde e a família, deve assumir um papel ativo na transmissão de informações e no suporte emocional, promovendo um ambiente terapêutico humanizado. São necessários mais estudos, para avaliar o impacto de estratégias normativas de comunicação na melhoria da experiência dos familiares e na qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência.

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	79
2. METODOLOGIA.....	81
3. RESULTADOS	83
4. DISCUSSÃO.....	87
CONCLUSÃO.....	92
BIBLIOGRAFIA	93
APÊNDICES	95
Apêndice I - Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Comunicação para Enfermeiros de Triagem (Adaptado de (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).....	89
Figura 2 - Modelo de Comunicação para Enfermeiros de SU (Adaptado de (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).....	90
Figura 3 - Modelo representativo do fenómeno de cuidar da família da PSC no SU (Adaptado de (Sá & Velez, 2021)	91

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica tem apresentado uma evolução significativa ao longo dos anos, no que respeita à qualidade da assistência devido ao constante investimento realizado nesta área (Sweet & Foley, 2019).

A evidência tem vindo a demonstrar que a mudança num dos membros do sistema familiar, produz alterações nos restantes membros da família (Shajani & Snell, 2019), impondo-lhes desafios significativos, maioritariamente pela vivência de um enorme sofrimento, muitas vezes, associado à incerteza do prognóstico e um ambiente tecnologicamente desconhecido, levando a alterações psicológicas como a ansiedade, a depressão e o luto complicado (Kreuz & Netto, 2021).

Em Portugal, a presença da família no serviço de urgência foi efetivada através da lei que formaliza o direito de acompanhamento dos utentes neste contexto (Assembleia da República, 2009). Este serviço apresenta-se como altamente diferenciado e desafiante, onde o cuidado à pessoa em situação crítica torna-se o foco emergente de toda a equipa multidisciplinar e o processo de tomada de decisão de enfermagem é complexo, colocando, muitas vezes, as necessidades da família em segundo plano (Sweet & Foley, 2019).

A comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos e um processo vital e recíproco capaz de influenciar o comportamento das pessoas exigindo, no caso da saúde, a qualquer profissional, competências nesta área, de modo a transmitir e interpretar mensagens, desempenhando o seu papel da melhor forma (Tigulini & Melo, 2002).

O serviço de urgência é um serviço de ritmo acelerado, com cuidados de alta complexidade, na qual o enfermeiro necessita de possuir conhecimentos para reconhecer e responder a situações críticas e uma alta afluência de pessoas (Mitchell, Edelson, & Abella, 2020). As famílias frequentemente acompanham os seus entes ao serviço de urgência, atuando como parte importante no seu sistema de apoio e principal comunicador dos cuidados, como é o caso do cuidador informal, sendo, por isso, fundamental a comunicação com os familiares, atendendo às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família. (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Segundo os mesmos autores, uma boa comunicação significa a transmissão de mensagens de forma compreensível, enquanto é permitido à família que se expresse e se faça sentir ouvida.

Os enfermeiros do serviço de urgência devem possuir conhecimentos em diversas áreas, prestando cuidados diferenciados perante as mais diversas situações. Para além disso, como já referido, para além da pessoa doente, têm ao seu lado familiares que permanecem angustiados sob a incerteza do potencial diagnóstico (Barreto, *et al.*, 2019). Por outro lado, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, possuem competências para avaliar e intervir face às necessidades da família (Shajani & Snell, 2019), assistindo-os nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estes, são os profissionais de saúde com presença mais assídua junto da pessoa em situação crítica e sua família neste contexto, o que lhes confere uma intervenção diferenciada junto dos mesmos (Sá & Velez, 2021).

Durante o período de espera no serviço de urgência, existe uma preocupação particular devido à falta de informações acerca da avaliação em curso pela equipa multidisciplinar e à expectativa criada pelo tempo de espera. A falta de comunicação contribui para a insatisfação com o cuidado prestado, aumentando a ansiedade e, conseqüentemente, afetando os resultados de saúde. Com isto, é possível perceber que as pessoas em avaliação e seus familiares demonstram um maior nível de satisfação, quando adequadamente informados e respeitados, o que potencia a sua adesão e participação no desenvolvimento do plano de cuidados à pessoa em situação crítica (Bull, Latimer, Crilly, & Gillespie, 2021).

Numa situação de emergência, a comunicação é, muitas vezes, desconsiderada devido à própria condição da pessoa em situação crítica e dos envolvidos na situação: o profissional de saúde que “corre contra o tempo”, a pessoa que se encontra num estado fragilizado e com necessidade de intervenção célere e a família que enfrenta o medo das conseqüências (Tigulini & Melo, 2002). O bom relacionamento entre todos os intervenientes potencia a resolução da situação crítica, num ambiente mais favorável, com qualidade e eficiência dos serviços prestados (Tigulini & Melo, 2002).

Assim, e perante toda a evidência é notória a necessidade de perceber qual a verdadeira importância da comunicação em contexto de urgência e emergência entre profissionais de saúde e família, no sentido de melhorar os cuidados de saúde prestados e, do mesmo modo, diminuir os sentimentos negativos associados a este contexto.

2. METODOLOGIA

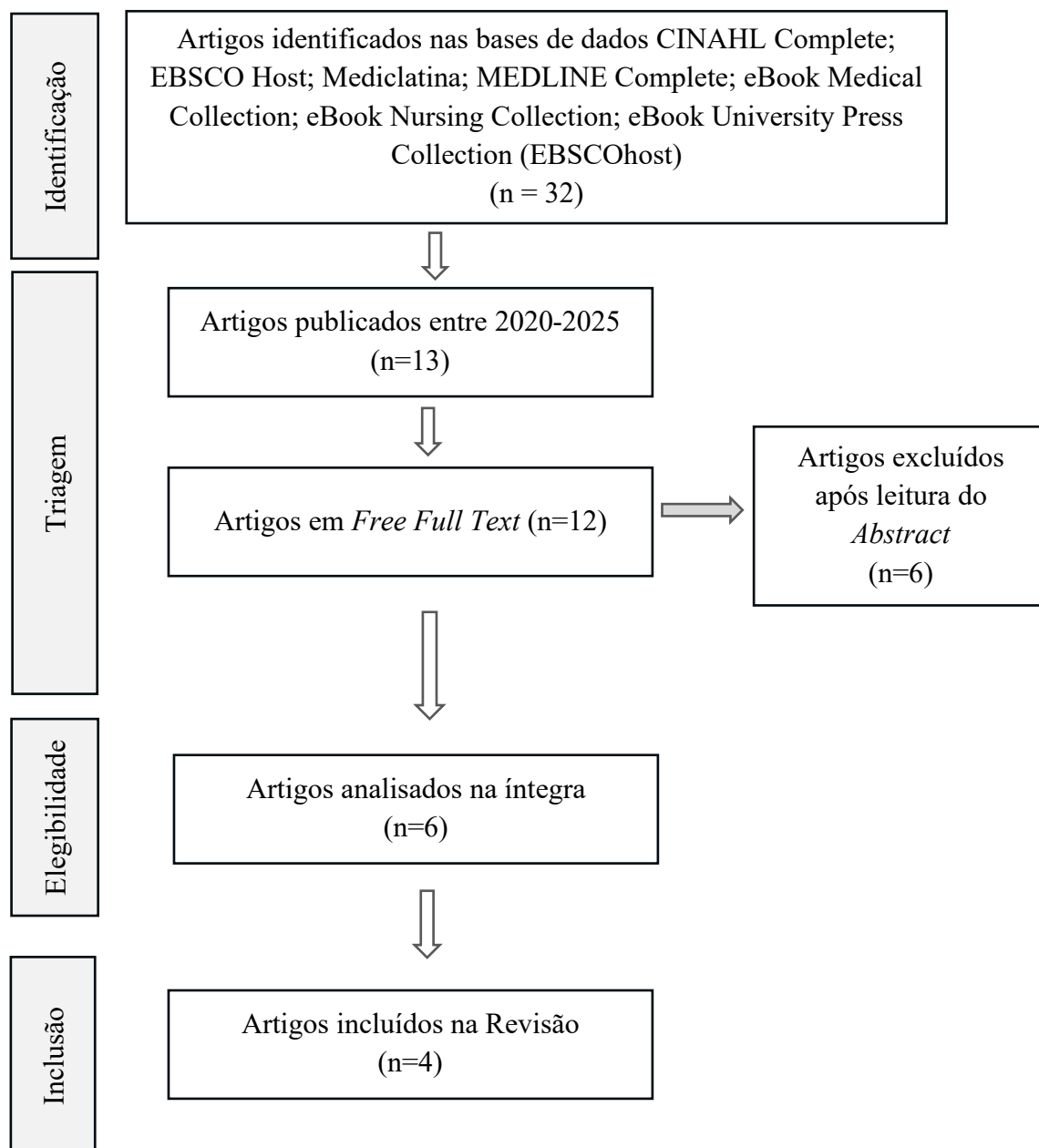
Esta Revisão da Literatura surgiu a partir de uma questão de investigação de Enfermagem, do tipo PICO, que orientou a pesquisa e a direcionou para a seleção das fontes que cumprissem com o foco da pesquisa. A questão de investigação que surgiu desta estratégia, “Qual a importância da comunicação do enfermeiro com a família da pessoa em crítica em contexto de serviço de urgência?”, pretende responder a uma necessidade, que tal como já explicitado no enquadramento teórico é, muitas vezes, desvalorizada em contexto de SU.

Para a consecução desta revisão da literatura foram utilizadas para a pesquisa as seguintes bases de dados científicas: *CINAHL Complete*; *Mediclatina*; *MEDLINE Complete*; *eBook Medical Collection (EBSCOhost)*; *eBook Nursing Collection* e *eBook University Press Collection (EBSCOhost)*; com a seguinte frase booleana “*AB communication AND SU nursing AND TI family AND AB emergency department*”.

Inicialmente, após a pesquisa com a frase booleana já mencionada, foram encontrados 32 resultados. Em seguida, foram limitados ao período de 2019-2024 (últimos cinco anos), surgindo 13 resultados. Posteriormente, foi aplicado o limitador de “*Free Full Text*”, surgindo 12 resultados.

Finalmente, e após a leitura dos *abstract* foram selecionados para esta revisão da literatura, um total de 4 artigos que servirão de base para a resolução da questão de investigação previamente mencionada. Em seguida, é apresentado o Diagrama de Prisma que simplifica a pesquisa realizada.

- Diagrama de Prisma



3. RESULTADOS

Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultados
(Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023)	Interventions to improve nurse-family communication in the emergency department: A scoping review	Determinar e descrever quais intervenções existem para melhorar a relação de comunicação enfermeiro-família durante o período de espera no serviço de urgência	Os resultados obtidos nesta revisão focaram-se nas duas fases da relação terapêutica enfermeiro-família (Peplau, 1997): a fase de orientação e a fase de trabalho. A fase da orientação tem como alvo a triagem no SU, onde os enfermeiros assumem uma primeira interação com a família da pessoa em situação crítica, criando a primeira impressão dos cuidados daquela instituição. Concluída a triagem pelo enfermeiro, o tempo até que outro profissional de saúde contacte com a pessoa e sua família é desconhecido, tendo o enfermeiro triador, um papel preponderante na transmissão de informação importante para os envolvidos. Assim, através da presente revisão, foi desenvolvido um modelo que representa as recomendações da literatura na comunicação com as famílias durante a triagem, sendo uma adaptação do modelo dos cinco W (<i>who? what? where? When? e why?</i>), ou seja, quem, o quê, onde, quando e porquê (Sloan, 2010).
(Sá & Velez, 2021)	Family care in the emergency department: nurses' lived experiences	Compreender a experiência vivida dos enfermeiros no cuidado à família no serviço de urgência	Os dados obtidos mostraram que as situações relatadas pelos enfermeiros como de maior significância para o cuidar da família da PSC, envolvem, na sua maioria, jovens adultos em fim de vida – devido ao acontecimento súbito de origem traumática, como acidentes de viação, quedas e atos de violência com trauma perfurante, por exemplo, por arma de fogo. Perante os dados obtidos, salientou-se a presença de dimensões essenciais e estruturais

			<p>da descrição do fenômeno do cuidar da família da PSC no SU, evidenciando a forma como se encontram interligados e a sua essência.</p> <p>As dimensões evidenciadas são o sentir-se responsável; acolher inicialmente; hospedar no SU; estar plenamente presente; aconchegar no sofrimento; dançar numa situação limite; confortar e o deixar-se tocar.</p> <p>Neste estudo foi evidente que, a maioria das situações que envolvem a presença da família na sala de reanimação, onde não é realizado acompanhamento familiar, o cuidado dos enfermeiros passa por encontrar um local onde possam ser transmitidas informações com calma e tranquilidade, um espaço para a família, assim como, dar continuidade à relação terapêutica de cuidado à PSC, envolvendo a família da melhor forma possível.</p>
(Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh, 2020)	Exploring patients and family members' experiences of care in the emergency department	Investigar as experiências de pessoas doentes e familiares num serviço de urgência do Irão;	<p>Os dados recolhidos revelaram que, quer a pessoa doente, quer o seu familiar, consideram que a efetividade dos cuidados de enfermagem é fundamental para a sua experiência em contexto de serviço de urgência. Do mesmo modo, foi notório, que a atenção prestada à pessoa doente, não era regular, o que acabava por afetar o tempo de atuação e tratamento dos sintomas das pessoas em cuidado.</p> <p>É de igual importância, o reconhecimento dos familiares como parte do processo do atendimento do serviço de urgência, sendo imprescindível a comunicação com os mesmos.</p>
(Shin & Yoo, 2022)	Emergency nurses'	Analisar experiências	Os resultados obtidos permitiram perceber que a comunicação com a pessoa e sua família

<p>communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study</p>	<p>de comunicação de enfermeiros do serviço de urgência com a pessoa doente e sua família;</p>	<p>está dependente do tempo de experiência profissional e as competências adquiridas, uma vez que, no caso dos enfermeiros com poucos anos de trabalho, estes ficam assoberbados com a carga de trabalho e a gestão dos cuidados, negligenciando um pouco a comunicação devido ao ambiente intenso e imprevisível, característico de um serviço de urgência. Assim, é essencial desenvolver técnicas de comunicação personalizadas para enfermeiros neste contexto.</p> <p>Por outro lado, foi notória a importância da qualificação e experiência dos enfermeiros em serviço de urgência, com vista à prestação de cuidados de alta qualidade, tendo por base a comunicação terapêutica. Deste modo, as administrações hospitalares devem fornecer suporte organizacional aos enfermeiros mais experientes, de modo a garantir a continuidade dos cuidados de qualidade.</p> <p>No que respeita a pessoa e sua família, este estudo demonstrou que a incerteza da doença e a ansiedade relacionada com o contexto, bem como a incompreensão dos processos do serviço de urgência, dificultam o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o enfermeiro. Esta comunicação é frequentemente iniciada pela pessoa e família aquando de alguma necessidade, que quando não são atendidas adequadamente ou, de forma célere, pode levar a que estes se tornem pouco cooperantes ou, até mesmo abusivos, reduzindo a probabilidade de uma comunicação posterior. Assim, é</p>
---	--	---

		fundamental informar a pessoa e seus familiares acerca de todos os procedimentos e circuitos do serviço de urgência, promovendo a diminuição da ansiedade e medo em abordar as suas necessidades.
--	--	---

4. DISCUSSÃO

A comunicação eficaz com a família diminui o sofrimento, clarificando a compreensão da situação em esta se encontra e fornecendo o suporte emocional necessário, que induz a redução da ansiedade existente (Shajani & Snell, 2019).

Esta, inicia-se durante a triagem, pelo enfermeiro, que assume a primeira interação com a família da pessoa em situação crítica, criando uma primeira impressão dos cuidados que são prestados na instituição em causa e, tem um papel fundamental na transmissão de informação relevante para os envolvidos, uma vez que, concluída esta primeira abordagem, o tempo até que outro profissional aborde a pessoa em situação crítica, em situações não emergentes, é desconhecido (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).

Para este momento tão preponderante para a comunicação e abordagem à família da PSC, o modelo seguinte, surge como uma recomendação à correta intervenção pelos enfermeiros no momento da triagem:

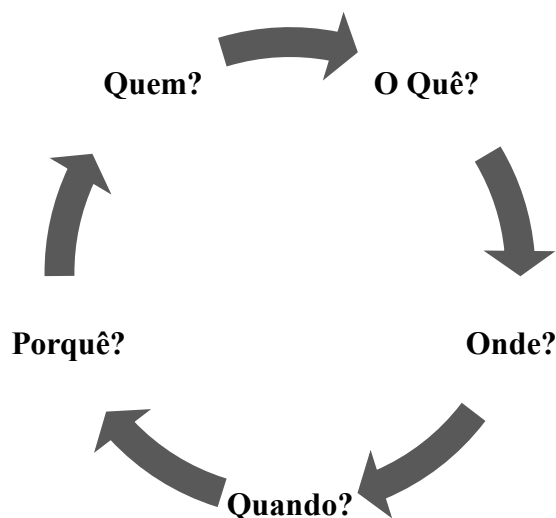


Figura 1 - Modelo de Comunicação para Enfermeiros de Triagem (Adaptado de (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023)

Neste modelo, o “Quem?” é referente a todos os intervenientes do momento em que ocorre a triagem, nomeadamente, o enfermeiro, a pessoa em situação crítica e seu familiar. O “O Quê?” menciona toda a informação que deve ser explicada à pessoa e sua família, assim como o processo a decorrer posteriormente a este primeiro momento. O “Onde?” expressa a relevância de explicar à pessoa e sua família, quais os espaços mais importantes do serviço

de urgência, o que facilita a sua integração no espaço na qual irão permanecer por um período indeterminado. O “Quando?” diz respeito à importância de informar acerca dos tempos de espera, permitindo a diminuição da ansiedade associada à expectativa criada pela vinda ao serviço de urgência. E, por fim, o “Porquê?” enfatiza a necessidade de explicar aos intervenientes o porquê de lhe ser atribuída determinada prioridade (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).

Por outro lado, e, através dos resultados obtidos, percebeu-se a necessidade da existência de um modelo de comunicação em serviço de urgência, aquando da espera das famílias para a avaliação dos seus familiares:

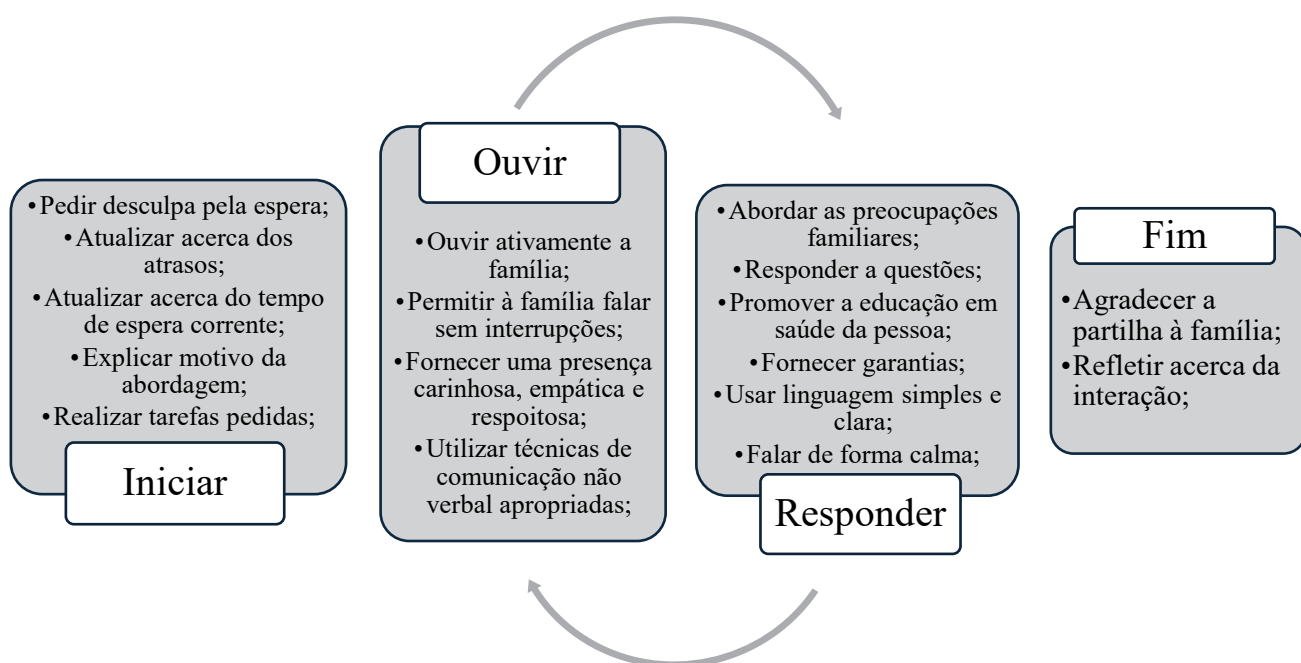


Figura 2 - Modelo de Comunicação para Enfermeiros de SU (Adaptado de (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023).

A comunicação entre a pessoa e o enfermeiro de serviço de urgência é crucial para a prestação de cuidados personalizados centrados na pessoa. Para tal, devem ser utilizadas técnicas de comunicação adaptadas, baseadas em protocolos específicos para a patologia e sintomatologia associada pois, não deve ser opção, a aplicação de uma estratégia uniforme a todas as pessoas (Shin & Yoo, 2022). Este modelo representa 4 momentos que devem ser respeitados continuamente na prestação de cuidados neste contexto. A sua implementação

respeita todas as informações recomendadas fornecer às famílias, assim como, o tipo de comunicação que deve ser utilizada e a reflexão que deve realizada após a interação.

Os enfermeiros vivenciam diversas dimensões de experiência no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de serviço de urgência. Neste sentido, muitas vezes, são colocados em situações extremas, em que os próprios se interligam com a pessoa ao seu cuidado e sua família. Surge assim um modelo representativo do fenômeno que é o cuidar da família da pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência:

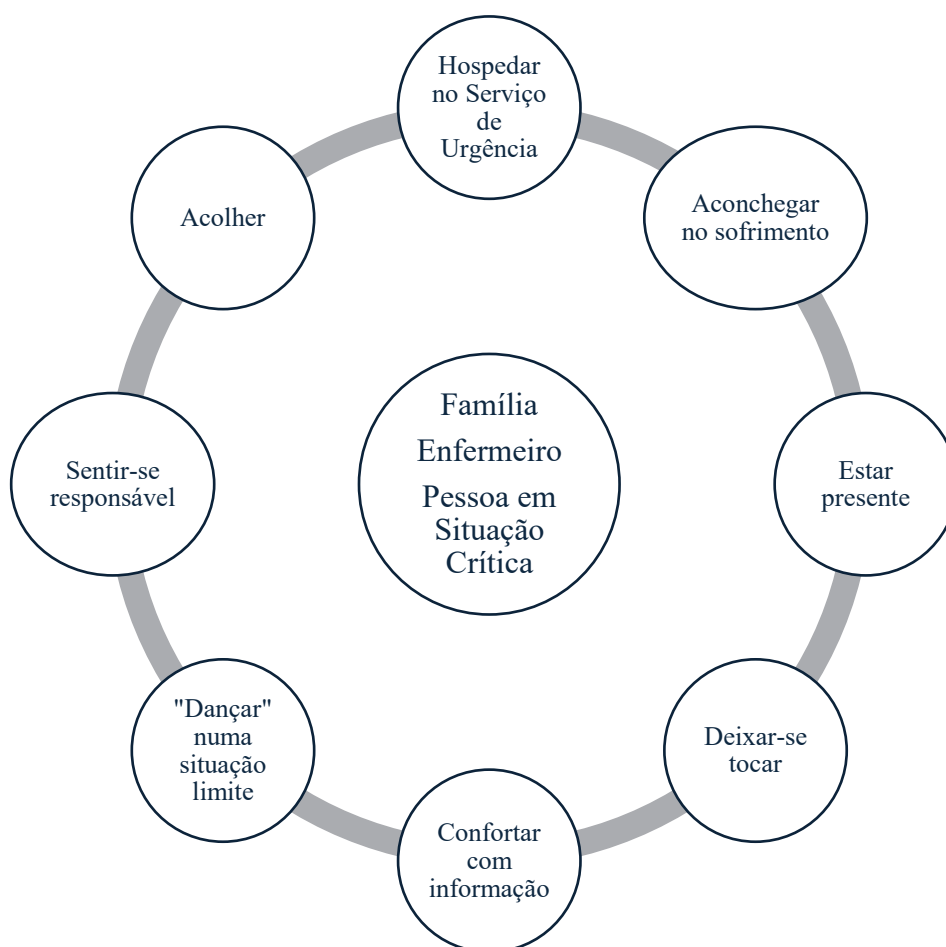


Figura 3 - Modelo representativo do fenômeno de cuidar da família da PSC no SU (*Adaptado de (Sá & Velez, 2021)*)

Com este modelo, é possível observar diversas dimensões na qual o enfermeiro sente a responsabilidade do cuidar a família e a pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência.

A responsabilidade de integrar a família no processo dos cuidados deveria estar presente nos cuidados de todos os profissionais de saúde, porém, é o enfermeiro que sente esta dimensão consecutivamente, desde o acolhimento, onde é iniciada a relação interpessoal, mediada pela

escuta ativa e o diálogo (Costa, Garcia, & Toledo, 2016), ao hospedar, onde o enfermeiro procura criar um lugar confortável, dentro das possibilidades, para a família, facilitando a experiência de estar no serviço de urgência e reduzindo sentimentos como a ansiedade e a angústia associada (Sweet & Foley, 2019).

Durante a permanência no serviço de urgência, concretamente em situação crítica, onde existe a imprevisibilidade e o risco de vida do seu familiar, para a família, o enfermeiro possui um papel crucial no estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo a pessoa de referência para o esclarecimento de diversas incertezas (Kreuz & Netto, 2021) e, do mesmo modo, pelo seu papel presente, nos cuidados à pessoa em situação crítica, transmitindo à família tranquilidade, segurança, confiança e conforto (Barreto, *et al.*, 2019).

Numa situação limite, o enfermeiro tenta gerir recursos disponíveis satisfazendo, ao mesmo tempo, as necessidades da família, numa “dança” entre os cuidados e a gestão de expectativas existentes, entre os intervenientes, na perspectiva de um desfecho positivo. O enfermeiro potencia durante estes momentos e, perante a sua capacidade de resposta, a humanização do processo de cuidados e da morte no SU, envolvendo a família da melhor forma possível (Borbis-Morelló, *et al.*, 2019).

Segundo Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh (2020), o reconhecimento da família como parte do processo do atendimento do serviço de urgência é imprescindível, sendo a comunicação, o elo de ligação que leva à efetividade dos cuidados de enfermagem prestados e a uma experiência positiva neste contexto.

Neste sentido e, perante as necessidades específicas demonstradas pela família, o enfermeiro, muitas vezes, assume o papel de articulação entre os restantes profissionais de saúde e a família, mediando o processo de comunicação e satisfazendo as necessidades comunicativas presentes diminuindo, assim, o sofrimento com a clarificação da situação corrente e fornecendo o conforto e suporte emocional que tanto necessitam as famílias (Shajani & Snell, 2019).

Em situação crítica, a gestão de emoções pelos profissionais de saúde é delicada. O enfermeiro, como profissional de saúde que estabelece uma relação terapêutica com as famílias, partilha a dor vivenciada pela mesma, vivendo a situação, sentindo a tristeza, a revolta e a impotência face à situação, emergindo a dimensão de Deixar-se tocar pelo sentimento do outro. Neste contexto, o papel do enfermeiro passa, também, por encontrar

um local onde possam ser transmitidas informações com calma e tranquilidade, num espaço adequado para as famílias.

CONCLUSÃO

A comunicação com a família é uma componente fundamental na prestação de cuidados pelo enfermeiro, especialmente em contexto de SU, onde toda a envolvência é, por si só, geradora de sentimentos intrusivos, ansiedade e angústia associada ao medo do desfecho que poderá ter o familiar envolvido.

O enfermeiro, como profissional de saúde com competências para se envolver com a família, cria uma relação terapêutica com a mesma, onde assume um papel crucial no seu envolvimento nos cuidados, potenciando a humanização dos mesmos. Assume, do mesmo modo, um papel de mediador, entre a família e outros profissionais de saúde, onde numa comunicação simples e clara, explica o processo em curso e os tempos de espera prováveis.

Este processo de humanização e integração da família nos cuidados, inicia-se durante a triagem, onde o enfermeiro triador, tem um papel fundamental na admissão desta família, através da comunicação de aspetos importantes para a mesma e respondendo a possíveis questões desencadeadoras de stress. Posteriormente, já durante a espera em serviço de urgência, os enfermeiros dão continuidade à relação iniciada na triagem, sendo a pessoa de referência para esta família, ouvindo-a ativamente e abordando as suas principais preocupações, de forma calma e simples, refletindo sempre acerca da sua abordagem após a finalização do processo.

Assim, através desta revisão, foi possível comprovar que a comunicação entre o enfermeiro e a família no serviço de urgência é fundamental, não só para a integração desta nos cuidados – facilitando a perceção do estado de saúde do seu familiar, participando ativamente nos mesmos - como no sentido de facilitar todo o processo, reduzindo os sentimentos negativos associados à vinda ao serviço de urgência, para a pessoa em situação crítica e sua família.

No entanto, a fim de dar continuidade ao estudo e aplicação desta importante vertente dos cuidados e, considerando que, tal como verificado nos artigos desta revisão, não existe ainda muita evidência acerca da importância da comunicação em SU, são necessários mais estudos acerca da sua importância.

BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República. (14 de julho de 2009). Lei nº 33/2009 de 14 de julho. *Diário da República: 1.ª série - N.º 134 - 14 de julho de 2009*. Lisboa, Portugal.
- Banda, P., Carter, C., & Notter, J. (2024). Family-witnessed resuscitation in the emergency department in a low-income country. *British Journal of Nursing*, pp. Vol. 33, No 1.
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., L., O. M., & Marcons, S. S. (fev de 2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. *Texto & Contexto: Enfermagem*, p. e20180150.
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L., & Marcon, S. S. (2019). Presence of the family during emergency care: Patient and family living. *Texto & Contexto: Enfermagem*, pp. 1-15.
- Berbís-Morelló, C., Mora-López, G., Berenguer-Poblet, M., Raigal-Aran, L., Montesó-Curto, P., & Ferré-Grau, C. (2019). Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2790-2800.
- Bissonette, S., Chartrand, J., Bailey, L., Lalonde, M., & Tyerman, J. (setembro de 2023). Interventions to improve nurse–family communication in the emergency department: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2525-2543.
- Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., & Gillespie, B. M. (2021). A systematic mixed studies review of patient experiences in the ed. *Emergency Medicine Journal*, pp. 643-649.
- Costa, P., Garcia, A., & Toledo, V. (jan de 2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. *Texto & Contexto: Enfermagem*.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-medica*, pp. 65-67.
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. CVR.
- Levinas, E. (2011). *Otherwise than being or beyond essence (9th edition)*. Duquesne University Press.
- Mitchell, O., Edelson, D., & Abella, B. (2020). Predicting cardiac arrest in the emergency department. *Journal of the American College of Emergency Physicians*, pp. 321-326.

- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República*. Lisboa. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Peplau, H. E. (outubro de 1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, pp. 162-167.
- Sá, F. L., & Velez, M. A. (agosto de 2021). Family care in the emergency department: Nurses' lived experiences. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-8.
- Salehi, T., Nayeri, N. D., Mohammadi, E., & Mardani-Hamooleh, M. (julho de 2020). Exploring patients and family members' experiences of care in the emergency department. *Emergency Nurse*, pp. 23-27.
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.)*. F. A. Davis Company.
- Shin, S., & Yoo, H. J. (novembro de 2022). Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, pp. 1-7.
- Sloan, M. C. (2010). Aristotle's Nicomachean ethics as the original locus for the Septem Circumstantiae. *Classical Philology*, pp. 236-251.
- Sweet, V., & Foley, A. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice (7th ed.)*. Elsevier.
- Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A Comunicação entre Enfermeiro, Família e Paciente. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.

APÊNDICES

Apêndice I - Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura

1. (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: (Bissonette, Chartrand, Bailey, Lalonde, & Tyerman, 2023)	Título: <i>Interventions to improve nurse-family communication in the emergency department: A scoping review</i>
	Palavras-chave: -----
	Objetivos: Determinar e descrever quais intervenções existentes para melhorar a comunicação enfermeiro-família durante o período de espera num serviço de urgência
	Tipo de Estudo: Scoping Review
	Amostra: De um total de 2389 artigos da pesquisa inicial nas bases de dados, foram incluídos nesta revisão 20 artigos. Esta revisão incluiu enfermeiros de serviço de urgência e familiares que acompanhavam o seu ente querido neste serviço. Foi considerada “família” – pessoas biologicamente relacionadas, assim como, pessoas afetivamente relacionadas.
	Instrumento de recolha de dados: Pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL (EBSCO), Embase e PsychInfo, no dia 3 de agosto de 2022.
<p>Conclusões: Os resultados obtidos nesta revisão focaram-se nas duas fases da relação terapêutica enfermeiro-família (Peplau, 1997): a fase de orientação e a fase de trabalho. A fase da orientação tem como alvo a triagem no serviço de urgência, onde os enfermeiros assumem uma primeira interação com a família da pessoa em situação crítica, criando a primeira impressão dos cuidados daquela instituição.</p> <p>Concluída a triagem pelo enfermeiro, o tempo até que outro profissional de saúde contacte com a pessoa e sua família é desconhecido, tendo o enfermeiro triador, um papel preponderante na transmissão de informação importante para os envolvidos. Assim, através da presente revisão, foi desenvolvido um modelo que representa as recomendações da literatura na comunicação com as famílias durante a triagem, sendo uma adaptação do modelo dos cinco W (<i>who? what? where? When? e why?</i>), ou seja, quem, o quê, onde, quando e porquê (Sloan, 2010).</p> <p>Quem – refere-se à pessoa em situação crítica, ao seu familiar e ao enfermeiro presente na triagem – recomendando-se a este profissional de saúde que após a</p>	

	<p>chegada da PSC à triagem, o mesmo se apresenta e questione aos intervenientes os seus nomes;</p> <p>O Quê – refere-se à informação que é dada à pessoa e ao familiar, durante o período de triagem, devendo ser explicado qual o processo após a triagem e o que devem fazer enquanto aguardam;</p> <p>Onde – menciona a necessidade de informar a pessoa e o familiar acerca dos espaços importantes do serviço de urgência, como a casa de banho, a cafetaria e outros espaços considerados pertinentes;</p> <p>Quando – refere-se à importância de mencionar o tempo que pode demorar até ser consultado por um médico ou outro membro da equipa;</p> <p>Porquê – menciona a importância de explicar aos intervenientes o porquê de estar a ser realizada uma primeira avaliação e de lhe ser atribuída determinada prioridade.</p> <p>A fase de trabalho da relação terapêutica enfermeiro-família diz respeito à comunicação que é realizada com as famílias na sala de espera, previamente à avaliação médica. Para tal e, segundo a evidência encontrada, realizou-se um modelo de comunicação para enfermeiros de serviço de urgência, aplicáveis na interação já referida.</p> <p>Este modelo divide-se em quatro fases: iniciar, ouvir, responder e o fim.</p> <p>Iniciar – refere-se às informações que são recomendadas fornecer às famílias enquanto aguardam a avaliação médica. Devem ser iniciadas numa primeira abordagem à pessoa em situação crítica, para sua avaliação;</p> <p>Ouvir – diz respeito à escuta ativa da pessoa e da resposta da família a essa informação, mantendo uma presença empática, atenciosa e de respeito;</p> <p>Responder – representa o processo de interação entre o enfermeiro-família- pessoa em situação crítica, onde o enfermeiro responde às preocupações que lhe são apresentadas pelos intervenientes durante as interações;</p> <p>Fim – refere-se ao final da interação, onde o enfermeiro deve agradecer à família pela partilha e refletir sobre a interação realizada.</p>
--	--

2. (Sá & Velez, 2021)

Tabela de Evidências	
Informação	Título: <i>Family care in the emergency department: Nurses' lived experiences</i>
Bibliográfica: (Sá & Velez, 2021)	Palavras-chave: <i>nursing care; emergency service; hospital; family nursing; qualitative research; philosophy; nursing</i>
	Objetivos: Compreender a experiência vivida dos enfermeiros no cuidado à família no serviço de urgência.
	Tipo de Estudo: Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica
	Amostra: 11 enfermeiros, da mesma unidade hospitalar, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. .
	Instrumento de recolha de dados: Pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL (EBSCO), Embase e PsychInfo, no dia 3 de agosto de 2022.
	<p>Conclusões: Os dados obtidos mostraram que as situações relatadas pelos enfermeiros como de maior significância para o cuidar da família da pessoa em situação crítica, envolvem, na sua maioria, jovens adultos em fim de vida – devido ao acontecimento súbito de origem traumática, como acidentes de viação, quedas e atos de violência com trauma perfurante, por exemplo, por arma de fogo.</p> <p>Perante os dados obtidos, salientou-se a presença de dimensões essenciais e estruturais da descrição do fenómeno do cuidar da família da PSC no serviço de urgência, evidenciando a forma como se encontram interligados e a sua essência.</p> <p>As dimensões evidenciadas são: Sentir-se responsável; acolher inicialmente; hospedar no serviço de urgência; estar plenamente presente; aconchegar no sofrimento; dançar numa situação limite; confortar e deixar-se tocar.</p> <p>Dimensão <i>Sentir-se responsável</i> – o enfermeiro possui, na sua prática, o sentido do dever profissional e moral na impossibilidade de não agir e a ambivalência considerando os desafios existentes (Levinas, 2011), levando-o a um sentimento de dever de ajuda àquele que sofre. Neste sentido, compete ao enfermeiro integrar a família na humanização dos cuidados;</p> <p>Dimensão <i>Acolher inicialmente</i> – A família, no contexto de serviço de urgência, vivencia um evento inesperado, onde o acolhimento pelo enfermeiro</p>

tem um papel fundamental, permitindo o início da relação interpessoal, mediada pela escuta ativa e diálogo (Costa, Garcia, & Toledo, 2016). O acolhimento permite ao enfermeiro receber a família de forma humanizada, incentivando-a a participar ativamente no processo do cuidado do seu ente querido.

Dimensão *Hospedar no serviço de urgência* – a hospitalidade distingue-se de acolhimento na medida em que, hospedar implica a realização de ações concentradas na permanência confortável do outro, tornando-o parte integrante do contexto. Neste sentido, o enfermeiro procura criar um lugar para que a família se sinta confortável após o acolhimento, uma vez que, todo o contexto potencia sentimentos como a ansiedade e a angústia perante a vivência do seu familiar e, deste modo, a hospitalidade de enfermagem é um fator facilitador nesta vivência. Por outro lado, a gestão eficaz de visitas inesperadas num contexto tão exigente, tem um impacto relevante em toda a equipa multidisciplinar (Sweet & Foley, 2019), requerendo condições físicas para a família exercer o seu direito ao acompanhamento.

Dimensão *Estar plenamente presente* – A presença da família no serviço de urgência é percecionada pelos profissionais, como positiva, quer para a pessoa em situação crítica quer para a própria família, uma vez que lhes permite sentir uma maior tranquilidade, segurança, confiança e conforto (Barreto, *et al.*, 2019). Assim, os enfermeiros procuram criar uma relação interpessoal e de cooperação de cuidados, dando o seu tempo a estas famílias.

Dimensão *Aconchegar no sofrimento* – Esta dimensão surge associada à situação crítica do ente querido, perante a imprevisibilidade e o risco de vida existente. O sofrimento não afeta apenas a pessoa em situação crítica, como a sua família. Em contexto de sala de emergência, a família vivencia sentimentos como a incerteza, angústia, medo e pesar (Barreto, *et al.*, 2019), que expressam face à situação.

No caso de uma morte súbita, o processo de luto familiar é dificultado, uma vez que o sistema familiar não teve tempo para preparar a perda, lidar com assuntos pendentes e/ou despedir-se da pessoa (Kreuz & Netto, 2021). Ao estabelecer uma relação terapêutica com a família, o enfermeiro é considerado

pessoa de referência, o que lhe permite, também, aconchegar a família na sua vivência de sofrimento.

Dimensão “*Dançar*” numa situação limite – Em contexto de situação crítica, até ao diagnóstico/prognóstico, existe um compasso de espera entre exames complementares de diagnóstico e a observação por diversas especialidades médicas. Neste tempo, o enfermeiro tenta gerir recursos disponíveis e satisfazer as necessidades da família, onde os intervenientes “dançam” na perspetiva de um desfecho positivo. A metáfora da dança pretende ilustrar a relação enfermeiro-família, conduzida pelo enfermeiro, onde ambos procuram percorrer um tempo e um espaço necessário ao desenrolar da ação.

Os enfermeiros tomam decisões com o intuito de promover a humanização do processo de cuidados e da morte no serviço de urgência (Berbís-Morelló, *et al.*, 2019), envolvendo a família o quanto possível.

Dimensão *Confortar* – A família possui necessidades específicas neste período, sendo as mais emergentes, as necessidades de comunicação. A transmissão de informação em serviço de urgência, é realizada em articulação com outros profissionais e, nesse âmbito, cabe ao enfermeiro mediar o processo de comunicação, apresentando a família de forma individualizada à restante equipa de profissionais de saúde. A informação à família é crucial para a desconstrução mental do motivo de ida ao SU, aceitação do processo de doença e para a progressiva construção de um prognóstico de situação crítica (Barreto, *et al.*, 2019).

A comunicação eficaz com a família permite diminuir o sofrimento, clarificando a compreensão da situação e fornecendo suporte emocional que induz a redução da ansiedade existente (Shajani & Snell, 2019). O enfermeiro, através da comunicação terapêutica, procura diminuir esse sofrimento, levando a família a perceber, qual a qualidade dos cuidados que o seu familiar está a ser alvo.

Dimensão *Deixar-se tocar* – Esta dimensão emerge quando o enfermeiro se permite a sofrer com o outro, partilhando a dor vivenciada pelas famílias, vivendo a sua situação, sentindo a tristeza, a revolta e a impotência face à situação.

	<p>Por outro lado, a ausência da família no serviço de urgência, foi descrita como uma situação marcante para alguns enfermeiros. O sentido do sofrimento e da morte coloca, aos enfermeiros, questões profundas acerca do próprio sentido da vida e da sua vivência familiar.</p> <p>Neste estudo foi evidente que, a maioria das situações que envolvem a presença da família na sala de reanimação, onde não é realizado acompanhamento familiar, o cuidado dos enfermeiros passa por encontrar um local onde possam ser transmitidas informações com calma e tranquilidade, um espaço para a família.</p>
--	---

3. (Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh, 2020)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: (Salehi, Nayeri, Mohammadi, & Mardani-Hamooleh, 2020)	Título: Exploring patients and family members' experiences of care in the emergency department
	Palavras-chave: accident and emergency, communication, emergency care, nurse-patient relations, patient experience, patients, patient satisfaction, professional, research
	Objetivos: Investigar as experiências de pessoas doentes e familiares num serviço de urgência do Irão
	Tipo de Estudo: Estudo qualitativo
	Amostra: 27 entrevistas – 17 entrevistas à pessoa doente e 10 entrevistas a familiares
	Instrumento de recolha de dados: Entrevista semiestruturada
	Conclusões: Os dados recolhidos revelaram que, quer a pessoa doente, quer o seu familiar, consideram que a efetividade dos cuidados de enfermagem é fundamental para a sua experiência em contexto de serviço de urgência. Do mesmo modo, foi notório, que a atenção prestada à pessoa doente, não era regular, o que acabava por afetar o tempo de atuação e tratamento dos sintomas das pessoas em cuidado. É de igual importância, o reconhecimento dos familiares como parte do processo do atendimento do serviço de urgência, sendo imprescindível a comunicação com os mesmos.

4. (Shin & Yoo, 2022)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: (Shin & Yoo, 2022)	<p>Título: Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study</p> <p>Palavras-chave: Communication; COVID-19; Emergency department; Families; Nurse; Nursing; Patients</p> <p>Objetivos: Analisar experiências de comunicação de enfermeiros do serviço de urgência com a pessoa doente e sua família;</p> <p>Tipo de Estudo: Estudo descritivo qualitativo</p> <p>Amostra: 15 enfermeiros (um homem e catorze mulheres)</p> <p>Instrumento de recolha de dados: Entrevista semiestruturada</p> <p>Conclusões: Com este estudo, os enfermeiros do serviço de urgência perceberam a importância da comunicação com a pessoa doente enfrentando, porém, vários obstáculos.</p> <p>A comunicação está dependente do tempo de experiência profissional e as competências adquiridas, uma vez que, no caso dos enfermeiros com poucos anos de trabalho, estes ficavam assoberbados com a carga de trabalho e a gestão dos cuidados, negligenciando um pouco a comunicação com a pessoa e seus familiares, tendo como fundo, um ambiente intenso e imprevisível, característico de um serviço de urgência. Assim, é essencial desenvolver técnicas de comunicação personalizadas para enfermeiros neste contexto.</p> <p>As interações com a pessoa e seus familiares difere, em termos de tom de voz e personalidade, com base nas experiências pessoais, como o casamento e o ser mãe/pai.</p> <p>Enfermeiros com qualificações e experiência são essenciais para a prestação de enfermagem de alta qualidade, tendo por base, a comunicação terapêutica. Deste modo, as administrações hospitalares devem fornecer suporte organizacional aos enfermeiros mais experientes, garantindo a continuidade dos cuidados de qualidade.</p> <p>No que respeita a pessoa e sua família, este estudo demonstrou que a incerteza da doença e a ansiedade relacionada com o contexto, bem como a incompreensão dos processos do serviço de urgência, dificultam o estabelecimento de uma comunicação eficaz com o enfermeiro. Esta</p>

	<p>comunicação é frequentemente iniciada pela pessoa e família aquando de alguma necessidade, que quando não são atendidas adequadamente ou, de forma célere, pode levar a que estes se tornem pouco cooperantes ou, até mesmo abusivos, reduzindo a probabilidade de uma comunicação posterior.</p> <p>Torna-se, assim, fundamental informar a pessoa e seus familiares acerca de todos os procedimentos e circuitos do serviço de urgência, promovendo a diminuição da ansiedade e medo em abordar as suas necessidades.</p> <p>A comunicação entre a pessoa e o enfermeiro de serviço de urgência é crucial para a prestação de cuidados centrados na pessoa, com vista à prestação de cuidados de enfermagem em urgência personalizados. Para tal, devem ser utilizadas técnicas de comunicação adaptadas, baseadas em protocolos específicos para a patologia e sintomatologia associada pois, não deve ser opção, a aplicação de uma estratégia uniforme a todas as pessoas.</p> <p>A formação e a prática deve ser fornecida aos enfermeiros, porém, sem aumentar a sua carga de trabalho e estabelecendo estratégias práticas que possam ser aplicadas ao contexto de urgência.</p>
--	---

Apêndice II - Revisão da Literatura: *Delirium* – Implicações na pessoa sob ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
(Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

UC – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Revisão da Literatura:

***Delirium* – Implicações na pessoa sob ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados
Intensivos**

Estudante: Juliana Cristina Vieira Azevedo

Tutora: Enf.^a Especialista C.V.

Sob orientação de:
Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, setembro de 2024

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ASE - *Attention Screening Examination*

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

ICDSC - *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

NREM - *Non-Rapid Eyes Movement*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REM – *Rapid Eyes Movement*

SSD - *Sub-Síndrome Delirium*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VM - *Ventilação Mecânica*

RESUMO

Introdução: O *delirium* é uma síndrome caracterizada pelo seu início súbito, com sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência na Pessoa em Situação Crítica (PSC), manifestando-se, frequentemente, em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivos: Identificar o impacto na morbimortalidade, em pessoas sob ventilação invasiva em UCI, das medidas de prevenção e tratamento do *delirium*.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura através da pesquisa nas bases de dados *CINAHL Complete*, *EBSCO Host*, *Mediclatina* e *MEDLINE Complete*. Utilizaram-se os seguintes descritores em inglês: “*delirium*”, “*acute confusion*”, “*confusion*”, “*desorientation*”, “*ventilation*” e “*ICU*”. Os estudos foram selecionados seguindo a metodologia PRISMA, considerando publicações do último ano, para uma evidência o mais recente possível. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, assegurando a relevância dos estudos analisados.

Resultados: A prevenção e o tratamento do *delirium* é realizado através de diversas intervenções, farmacológicas e/ou não farmacológicas que, quando implementadas, podem diminuir a incidência de complicações. São exemplos de intervenções farmacológicas, a administração de ácido valpróico, quetiapina, haloperidol e outros antipsicóticos. As intervenções não farmacológicas, como a promoção da qualidade do sono assumem uma importante estratégia na redução da incidência desta síndrome, redução do tempo de internamento e da agitação presente em pessoas sob ventilação mecânica invasiva. O Sub-Síndrome *Delirium* (SSD) apresenta uma elevada incidência de evolução para *delirium*, sendo notória a falta de meios para o seu diagnóstico e avaliação, potenciando o seu acontecimento. Assim, ao longo do internamento, deve-se manter uma estimulação cognitiva e sensorial, uma vez que, a estimulação sensorial através de, por exemplo, utilização de óculos e aparelhos auditivos pessoais, conjuntamente, com a recorrente avaliação desta síndrome, podem potenciar a sua prevenção, reduzir a sua incidência e duração.

Conclusão: O *delirium* continua a ser uma síndrome muito presente em contexto de UCI. Existem diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas que podem diminuir a sua incidência e, conseqüentemente, a morbimortalidade e conseqüências associadas. Os enfermeiros, possuem um papel preponderante na prevenção e diagnóstico desta síndrome

e, também, do SSD, podendo intervir com medidas não farmacológicas com baixos custos, mas com grandes ganhos para a pessoa em situação crítica (PSC).

ÍNDICE

1.	O <i>Delirium</i>	114
1.1.	Sub-Síndrome <i>Delirium</i>	115
1.2.	A Privação do Sono e o <i>Delirium</i>	116
	METODOLOGIA	117
2.	RESULTADOS	119
3.	DISCUSSÃO	122
	CONCLUSÃO	124
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
	APÊNDICES	129
	Apêndice I – Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura.....	131

1. O *Delirium*

O *delirium* é uma síndrome caracterizada pelo seu início súbito, onde a pessoa evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência, durante o dia, e compromisso da função cognitiva (Vieira, Dias, Costa, Silva, & Lima, 2020). Pode ser definido como *delirium* hiperativo, caracterizado pela agitação, inquietação, labilidade emocional e comportamento agressivo da pessoa; e *delirium* hipoativo quando os sintomas manifestados incluem o afeto plano, retraimento, apatia e a letargia (Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton, 2024).

É uma síndrome frequente em UCI, com incidência de cerca de 87% (Fiest, Soo, & Hee, 2021), encontrando-se associada ao aumento da mortalidade e utilização de recursos em UCI, aumento do tempo de internamento e o comprometimento cognitivo a longo prazo da PSC. Neste sentido, o seu tratamento pode envolver o uso de medicamentos antipsicóticos assim como outras terapias, previamente otimizadas, como o controlo da dor, o ajuste de parâmetros ventilatórios, no caso da existência de ventilação mecânica, o ciclo de sono, entre outras, não são efetivas no controlo/tratamento desta síndrome (Swayngim, Preslaski, & Dawson, 2024).

Para o diagnóstico do *delirium* no contexto de UCI são utilizadas escalas, nomeadamente a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Devlin, *et al.*, 2018).

A CAM-ICU surgiu em 1980 como estratégia de diagnóstico do *delirium* com base nas principais características deste distúrbio, considerando que as ferramentas existentes na época apresentavam lacunas e uma aplicação complexa (SK Inouye, Alessi, Balkin, Siegal, & Horwitz, 1990). Em 2001, esta ferramenta foi adaptada para a avaliação da PSC sob ventilação invasiva em UCI, possuindo uma alta sensibilidade e especificidade e, podendo ser aplicado em pessoas incapazes de verbalizar, encontrando-se traduzida e validada em diversos idiomas, incluindo o português, permitindo uma alta aplicabilidade na prática (Tanaka, *et al.*, 2015).

É composta por 4 itens: 1 – início agudo, 2- distúrbio da atenção, 3 – pensamento desorganizado e 4 – alteração do nível de consciência. A sua avaliação engloba a observação do padrão de resposta não verbal da pessoa por meio da resposta a comandos simples, o reconhecimento de figuras pela aplicação do *Attention Screening Examination* (ASE),

vigilância e respostas lógicas com sim ou não a perguntas simples (Mori, Kashiba, Silva, Zanei, & Whitaker, 2009).

Por outro lado, a ICDSC, publicada também no ano 2001, diferencia-se da CAM-ICU na medida em que não consegue realizar a avaliação do *delirium* na pessoa sob sedação. A pontuação desta escala é baseada na avaliação da pessoa num turno completo (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial, & Skrobik, 2001). Uma das vantagens mais importantes desta escala é a possibilidade de identificar o sub-síndrome *Delirium* (Skrobik & Devlin, 2010).

A ICDSC consiste numa lista de verificação de oito itens diferentes, onde o primeiro item corresponde à alteração do nível de consciência que é avaliada com base em cinco níveis (A-E), onde é verificada a aplicabilidade desta escala na pessoa. Se a pessoa obtiver como resultado o nível C, D ou E, os sete itens analisados são: desatenção; desorientação; alucinação/*delirium*; agitação psicomotora; fala ou humor inadequado; perturbação do ciclo sono/vigília e flutuação de sintomas. Verifica-se a existência de *delirium* se, pelo menos, quatro de um total de oito pontos são alcançados (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial, & Skrobik, 2001).

1.1. Sub-Síndrome *Delirium*

O SSD é um estado intermédio entre o *delirium* e o não-*delirium*. O SSD é considerado caso o diagnóstico de *delirium* seja negativo, porém a pessoa apresenta pelo menos uma característica positiva na escala CAM-ICU (Cole, Ciampi, Belzile, & Dubuc-Sarrasin, 2013). Pode tornar-se um sintoma crónico e afetar seriamente o prognóstico da PSC, sendo que a sua incidência em UCI, varia de 12.5% a 57.1% (Serafim, *et al.*, 2022; Yamada, *et al.*, 2018).

Existem fatores associados ao SSD em UCI, nomeadamente, a idade avançada, o comprometimento cognitivo, transfusões de componentes sanguíneos, menor contagem de glóbulos vermelhos e valores elevados de proteína C reativa. Por outro lado, a idade avançada, a admissão aguda, o uso de esteróides, a utilização de contenção física e um baixa pressão parcial de oxigénio sanguínea manifestaram-se determinantes para a evolução do SSD para *delirium* (Yamada, *et al.*, 2018).

O SSD pode levar ao aumento do tempo em que a pessoa se mantém sob ventilação mecânica (invasiva/não-invasiva), aumento do tempo de internamento,

comprometimento da função cognitiva de longo prazo, diminuição da qualidade de vida e mortalidade (Serafim, *et al.*, 2017).

1.2. A Privação do Sono e o *Delirium*

A privação do sono é um importante fator que contribui para o despoletar do *delirium* na PSC, sendo observada em cerca de um terço das pessoas internadas em UCI (Bastos, Beccaria, Silva, & Barbosa, 2019). É descrita na literatura como presente em cerca de 80% das pessoas em situação crítica em UCI, estando associada a alterações agudas do estado mental, disfunção cognitiva e *delirium* (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024). Segundo os mesmos autores, neste tipo de unidades existem barreiras para a qualidade de sono que inevitavelmente levam a despertares frequentes, como a verificação de sinais vitais, a administração de medicamentos, a utilização de ventilação mecânica, a existência de luz inadequada e artificial, o aumento dos níveis de ruído, ansiedade e a dor.

Os distúrbios do sono podem afetar negativamente todos os sistemas do corpo, nomeadamente a termorregulação, o sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal e endócrino num quadro agudo da PSC (Kamdar, Shah, & King, 2012).

Vários estudos têm vindo a ser realizados para avaliar as possíveis intervenções na melhoria da qualidade do sono na PSC, que têm estado associados a uma redução da taxa de *delirium*. Destas podem ser mencionadas intervenções como: a interrupção diária da sedação, a mobilização precoce e a realização de protocolos de promoção do sono - não farmacológicos. Estes protocolos podem envolver atividades diurnas -como a exposição à luz do dia e a mobilidade progressiva - e intervenções noturnas – como o uso de tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos, com vista à realização de horas de sono ininterruptas (Kamdar, King, & Collop, 2013).

A redução dos níveis de ruído noturno demonstrou, também, uma melhoria na qualidade do sono nas pessoas internadas nestas unidades, assim como, reduziu significativamente o *delirium* na PSC (Pol, Iterson, & Maaskant, 2017).

METODOLOGIA

- **Elaboração da Questão de Investigação**

Esta Revisão da Literatura teve como ponto de partida uma questão de investigação de Enfermagem, do tipo PICO, que orientou a pesquisa, direcionando-a para a seleção de fontes que fossem ao encontro do foco da pesquisa.

P (População/Pessoa) – pessoas sob ventilação invasiva em UCI

I (Intervenção) – medidas de prevenção e tratamento do *delirium*

C (Comparação) – -----

O (Outcome) – impacto na morbimortalidade

Concluída a estratégia PICO, esta revisão tem como objetivo responder à seguinte Questão de Investigação: Qual o impacto na morbimortalidade, das medidas de prevenção e tratamento do *delirium*, em pessoas sob ventilação invasiva em UCI?

- **Estratégias e fontes de pesquisa**

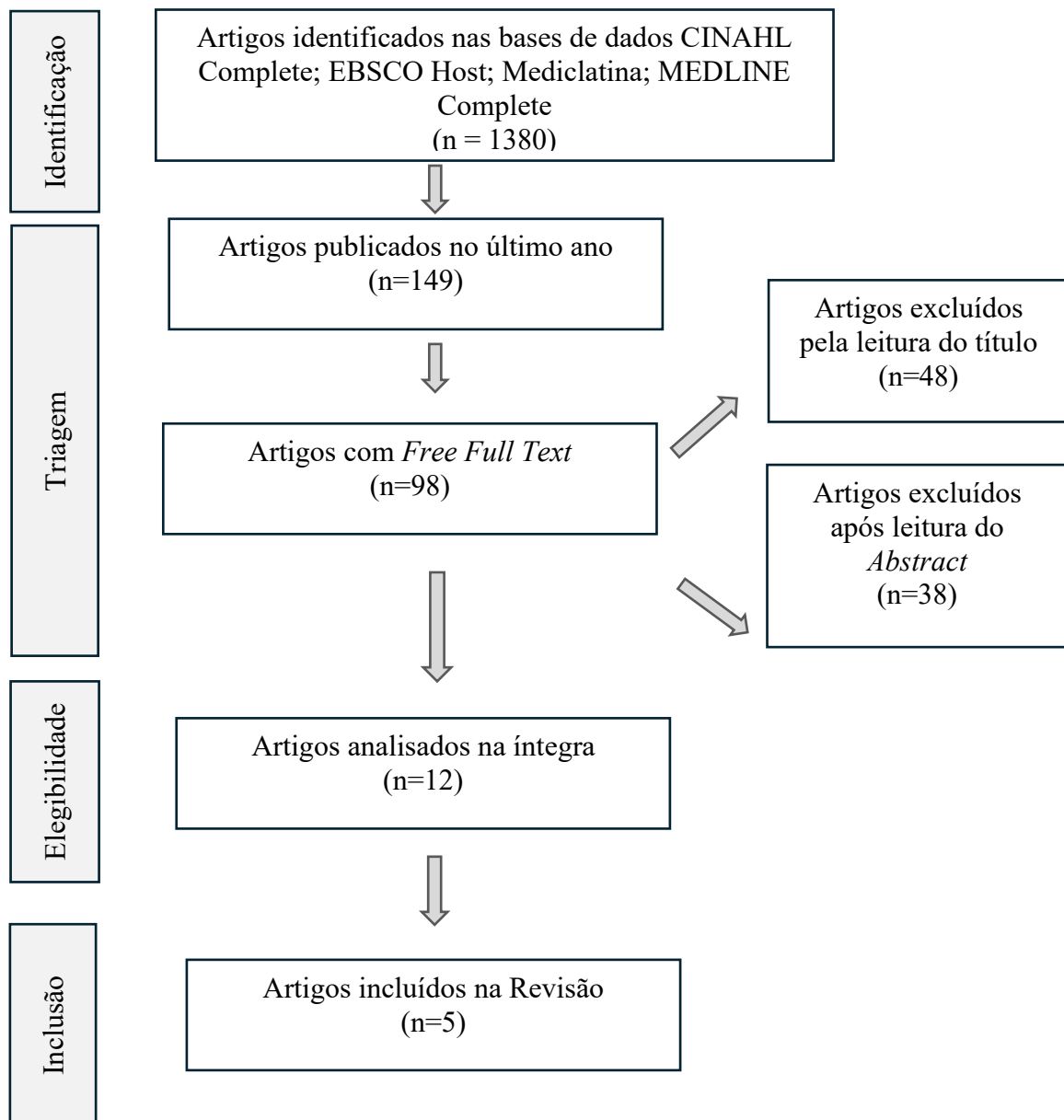
As bases de dados científicas utilizadas para a pesquisa em questão foram a CINAHL Complete, EBSCO Host, Medclatina, MEDLINE Complete com a seguinte frase booleana: (delirium OR acute confusion OR confusion OR desorientation) AND ventilation AND ICU.

- **Crerérios de Elegibilidade**

Esta pesquisa foi restringida a nível temporal, sendo escolhidos apenas artigos publicados no último ano, para a obtenção de uma evidência o mais atualizada possível.

Dos 1380 resultados encontrados na pesquisa inicial, após a aplicação do limite temporal de um ano, mantiveram-se 149 resultados. Com a leitura do título foram excluídos 48 resultados, pela sua desadequação ao tema em estudo e, dos restantes, após a leitura do *abstract* foram excluídos outros 38 resultados, num total de 12 artigos para análise na íntegra. Após a leitura integral dos mesmos foram seleccionados 5 artigos para esta revisão da literatura.

• Diagrama de Prisma



2. RESULTADOS

Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultados
Gorecki & Prasun (2024)	<i>Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes</i>	Percecionar se a implementação de uma <i>Bundle</i> de promoção do sono em UCI afeta a ocorrência do <i>delirium</i> e agitação, o uso de contenções físicas e o tempo de permanência na Unidade	A implementação de um protocolo de promoção do sono nas UCI obteve um impacto positivo em alguns dos resultados, como a redução de 9 pontos percentuais na incidência de <i>delirium</i> , a redução significativa do tempo de internamento na UCI e uma redução significativa da agitação presente em indivíduos ventilados. Estas <i>bundles</i> de promoção do sono orientadas pelos enfermeiros demonstraram ser cruciais para a melhoria da qualidade do sono, através de estratégias não farmacológicas, onde são despendidos recursos mínimos para a sua implementação com melhorias notórias no estado da PSC.
Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant (2024)	<i>The Impact of a Pharmacist-Driven Multicomponent Sleep-Promoting Protocol on Delirium in Critically Ill Patients</i>	Desenvolver e implementar um protocolo de promoção do sono, conduzido por farmacêuticos, e analisar o seu impacto no <i>delirium</i> em pessoas em situação crítica, ventiladas ou não mecanicamente	A terapêutica farmacológica é um fator de risco significativo no impacto do sono em UCI, mais concretamente, as benzodiazepinas e opióides, usados frequentemente para sedação e analgesia. Esta perturba o sono, diminuindo tanto o movimento rápido dos olhos - <i>rapid eyes movement</i> (REM) quanto o sono de ondas lentas – <i>non-rapid eyes movement</i> (NREM), estágios do sono considerados reparadores. Os fármacos hipnóticos, antidepressivos tricíclicos e as benzodiazepinas encontram-se associadas a disfunção cognitiva, <i>delirium</i> e quedas em ambiente hospitalar. A implementação deste protocolo de promoção de sono não reduziu a incidência de <i>delirium</i> ou dias sem a presença do mesmo na UCI. No

		nas UCI de um centro médico;	entanto, este variou entre os 40 e 50%, o que é inferior ao relatado na maioria dos estudos clínicos.
Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton (2024)	<i>Quetiapine Twice Daily Versus Bedtime Dosing in the Treatment of ICU Delirium</i>	Determinar se a administração de quetiapina duas vezes dias ao invés de apenas uma dose diária, reduz a duração do <i>delirium</i> na UCI;	O sexo masculino tem maior incidência do diagnóstico de <i>delirium</i> em UCI em comparação com o feminino. Um ponto forte deste estudo é que 88% dos indivíduos receberam um controlo adequado da dor, uma vez que, este é um fator de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i> . Por outro lado, a administração de benzodiazepinas, como o midazolam no grupo bidiário, é de notar, uma vez que a sua administração é outro dos fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome. Não foram encontradas diferenças significativas entre a administração diária ou bidiária, sugerindo uma eficácia semelhante em ambas as estratégias, sem um aumento dos efeitos adversos.
Swayngim, Preslaski, & Dawson (2024)	<i>Use of Valproic Acid for the Management of Delirium and Agitation in the Intensive Care Unit</i>	Avaliar a eficácia e a segurança do uso de ácido valpróico para o tratamento do <i>delirium</i> e agitação na UCI em comparação com outros antipsicóticos;	Não foi encontrada diferença significativa entre a utilização de ácido valpróico e o grupo de controlo para o tratamento do <i>delirium</i> e/ou agitação nas UCI. Não foram encontrados resultados diferenciais significativos em relação aos dias sem <i>delirium</i> e coma ou agitação e dias sem coma. Importante salientar que o ácido valpróico foi sempre administrado como um medicamento adjuvante e, frequentemente, iniciado mais tarde já na presença de <i>delirium</i> e/ou agitação dos indivíduos. Evidenciaram-se alguns efeitos adversos da utilização de ácido valpróico, nomeadamente a hepatotoxicidade em 6,1% dos indivíduos e a

			trombocitopenia em 12,2%. Estas, são comuns em UCI, dadas as suas causas multifatoriais, o que não permite atribuir toda a sua causalidade à administração do ácido valpróico.
Song, et al. (2024)	<i>Predictive factors for the duration of subsyndromal delirium in the intensive care unit</i>	Investigar a incidência e a duração do SSD em pessoas internadas em UCI e os fatores preditivos da duração do SSD	Os resultados deste estudo demonstram uma elevada incidência do SSD em contexto de UCI, evoluindo muitos deles para <i>delirium</i> . A duração desta síndrome está associada à idade da PSC, tipo de cirurgia a que é submetida, duração da ventilação, tempo de permanência em hipóxia e função cognitiva. Neste sentido, torna-se essencial que a equipa multidisciplinar, concretamente os enfermeiros, estejam dispersos para os fatores de predisposição da SSD e a sua ocorrência, de modo a prevenir a sua evolução para <i>delirium</i> e encurtar a duração da SSD. Neste estudo, dos 53,6% indivíduos diagnosticados com SSD, 20,6% progrediram para <i>delirium</i> . Porém, é notória uma falta de ferramentas de avaliação e critérios de diagnóstico consistentes para a SSD, o que se traduz numa maior variabilidade na incidência desta síndrome e uma maior progressão desta para <i>delirium</i> .

3. DISCUSSÃO

O diagnóstico de *delirium* atrasa a recuperação da PSC, potenciando o aumento do tempo de internamento em UCI, assim como as comorbidades associadas (Gorecki & Prasun, 2024). A sua prevenção passa por diversas intervenções, farmacológicas ou não farmacológicas, que quando implementadas podem diminuir a incidência das complicações associadas a esta síndrome.

Quando a intervenção na PSC se traduz em medidas farmacológicas, é necessário considerar os riscos associados à sua administração, uma vez que, a frequente utilização de sedoanalgesia em contexto de UCI, nomeadamente benzodiazepinas e opióides, perturba o sono, diminuindo tanto o sono REM como o sono NREM, o que pode levar ao *delirium*. Fármacos hipnóticos, antidepressivos tricíclicos e as benzodiazepinas, encontram-se também associados a esta síndrome (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024).

O tratamento do *delirium* e agitação é multifatorial, podendo envolver o uso de fármacos antipsicóticos quando outras variáveis como o controlo da dor, o ajuste de parâmetros ventilatórios e o padrão do sono já se encontram otimizadas. Antipsicóticos como o haloperidol e ziprasidona têm sido utilizados sem resultados consistentes (Swayngim, Preslaski, & Dawson, 2024).

O ácido valpróico é outra opção farmacológica para o tratamento do *delirium*, com resultados semelhantes aos já mencionados, porém, com alguns efeitos adversos como a hepatotoxicidade (6,1%) e a trombocitopenia (12,2%) que, por serem comuns em contexto de UCI devido a causas multifatoriais, poderão não ter como etiologia a administração deste fármaco (Swayngim, Preslaski, & Dawson, 2024).

O uso da quetiapina como terapêutica para o controlo/tratamento do *delirium* é realizada em algumas unidades hospitalares, no entanto, tal como outros fármacos, ainda não existe evidência que esta seja a melhor opção terapêutica. No estudo de Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton (2024), a sua administração não evidenciou diferenças significativas entre a prescrição diária ou bidiária, sem aumento dos efeitos adversos associados.

No que respeita as medidas não farmacológicas, o fator sono, foi o que mais se destacou nestes estudos, uma vez que, a privação do sono é vivenciada por 80% das pessoas internadas

em UCI, estando associada a alterações agudas do estado mental, disfunção neurocognitiva e *delirium* (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024).

A implementação de um protocolo de promoção do sono demonstrou resultados positivos, com a redução da incidência do *delirium*, redução do tempo de internamento e da agitação presente em pessoas sob ventilação mecânica invasiva, uma vez que, através da avaliação da escala de RASS, estes apresentavam uma diminuição do score após a implementação de medidas não farmacológicas (Gorecki & Prasun, 2024). Esta evidência foi novamente validada, com a incidência do *delirium* entre os 40% e 50%, valores inferiores aos relatados na maioria dos estudos publicados anteriormente (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024).

O SSD demonstra uma elevada incidência de evolução para *delirium*. Foi notório, ao longo do estudo, a escassez de ferramentas de avaliação e critérios de diagnóstico consistentes para o SSD, o que potencia o seu acontecimento. Para o evitar, a equipa multidisciplinar deve manter-se atenta a estas questões, com especial atenção, para a função cognitiva na admissão e, mantendo a sua estimulação sensorial ao longo do internamento, através, por exemplo, do fornecimento de óculos, aparelhos auditivos e música, o que potencia a redução da incidência e/ou duração da SSD (Song, *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

O *delirium*, um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção é frequente em UCI, e tem obtido bastante atenção e escrutínio pela comunidade científica, uma vez que se encontra associado a comorbilidades para a PSC e ao aumento do tempo de internamento e da mortalidade. Porém, a sua avaliação e consequente intervenção ainda não é frequente neste tipo de unidades, tornando-o numa síndrome expectável de ocorrer na PSC.

Com esta revisão, foi percecionada a existência de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que podem diminuir a incidência desta síndrome. A nível farmacológico continua a não existir consenso sobre qual a terapêutica mais eficaz no controlo/tratamento do *delirium*. No que respeita, as intervenções não farmacológicas passíveis de serem realizadas pelos enfermeiros são muitas, possuindo estes, um papel crucial na promoção do sono de alta qualidade nas UCI.

O sono e os protocolos de promoção do mesmo, evidenciaram-se nesta revisão como fatores preponderantes para a incidência do *delirium* em UCI, sendo os protocolos, intervenções variadas e de baixo custo, passíveis de ser implementadas nestas unidades, com bons resultados.

O SSD é, ainda, uma síndrome um pouco desconhecida e desvalorizada, podendo facilmente evoluir para *delirium* se não diagnosticada e intervencionada precocemente. Neste sentido, é importante dotar os profissionais de saúde de conhecimento e competências acerca da mesma, assim como, de ferramentas de avaliação e diagnóstico para a intervenção mais rápida possível.

Assim, as medidas de prevenção e tratamento do *delirium* em pessoas sob ventilação em UCI são cruciais, diminuindo a incidência desta síndrome e, consequentemente, as comorbilidades, a morbimortalidade e as consequências que advém da vivência da mesma. Os profissionais de saúde, concretamente, os enfermeiros, possuem um papel preponderante na prevenção e diagnóstico desta síndrome e, também, do SSD, podendo intervir com medidas não farmacológicas com custos baixos, mas com grandes ganhos para a PSC que se encontra ao seu cuidado.

Por fim, posso salientar que o facto de ter optado por um limite temporal de pesquisa tão restrito poderá ter limitado a qualidade dos resultados obtidos, a discussão e consequente

conclusão, uma vez que, outro conhecimento poderia ser obtido em estudos com alguns anos, mas apesar de tudo ainda atualizados. Contudo, apesar desta opção, ficou explícito nesta revisão que o diagnóstico precoce e correto desta síndrome é fundamental e, para isso, são necessários mais estudos acerca do papel do enfermeiro e quais as intervenções de enfermagem na prevenção do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., Silva, D. C., & Barbosa, T. P. (2019). Identification of Delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. *Revista Brasileira Enfermagem*, pp. 463-467.
- Bergeron, N., Dubois, M., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive care screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, pp. 859-864.
- Cole, M., Ciampi, A., Belzile, E., & Dubuc-Sarrasin, M. (2013). Subsyndromal delirium in older people: A systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, pp. 771-780.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., . . . Bosma, K. J. (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*, pp. 825-873.
- Fiest, K., Soo, A., & Hee, L. C. (2021). Long-term outcomes in ICU patients with delirium: A population-based cohort study. *AM J Respir Crit Care Med*, pp. 412-420.
- Gorecki, N. M., & Prasun, M. A. (2024). Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes. *Critical Care Nurse*, pp. 11-18.
- Hawthorne, A., Delgado, E., Battle, A., & Norton, C. (2024). Quetiapine Twice Daily Versus Bedtime Dosing in Treatment of ICU Delirium. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 945-949.
- Kamdar, B. B., King, L. M., & Collop, N. A. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*, pp. 800-809.
- Kamdar, B. B., Shah, P. A., & King, L. M. (2012). Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell sleep questionnaire. *Am J Crit Care*, pp. 261-269.
- Mori, S., Kashiba, K., Silva, D., Zanei, S., & Whitaker, I. (2009). Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 58-64.

- Pol, I. v., Iterson, M. v., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: an interrupted time series analysis. *Intensive Critical Care Nursing*, pp. 18-25.
- Serafim, R. B., Dal-Pizzol, F., Souza-Dantas, V., Soares, M., Bozza, A. F., Povia, P., . . . Salluh, J. I. (2022). Impact of subsyndromal delirium occurrence and its trajectory during ICU stay. *Journal of Clinical Medicine*, p. 6797.
- Serafim, R. B., Soares, M., Bozza, A. F., Lapa, E., Dal-Pizzol, F., Paulino, M. C., . . . Salluh, J. (2017). Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care (London, England)*, p. 179.
- SK Inouye, C. V., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, pp. 941-948.
- Skrobik, Y., & Devlin, J. (2010). The Intensive Care Delirium Screening Checklist has many potential benefits over the nursing delirium screening scale. *Critical Care Medicine*, pp. 1610-1611.
- Song, C., Wang, S., Liu, J., Xu, W., Yang, Y., & Li, X. (2024). Predictive factors for the duration of subsyndromal delirium in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 3775-3783.
- Swayngim, R., Preslaski, C., & Dawson, J. (2024). Use of Valproic Acid for the Management of Delirium and Agitation in the intensive Care Unit. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 118-122.
- Tanaka, L., Salluh, J., Dal-Pizzol, F., Barreto, B., Zantieff, R., & Tobar, E. (2015). Delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 360-368.
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, Â. d., & Lima, R. d. (2020). Delirium: Uma problemática atual. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 81-92). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Yamada, C., Iwawaki, Y., Harada, K., Fukui, M., Morimoto, M., & Yamanaka, R. (2018). Frequency and risk factors for subsyndromal delirium in an intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, pp. 15-22.
- Zelenkov, D., Hollins, R., Mahoney, E. J., Faugno, A. J., & Poyant, J. (2024). The Impact of a Pharmacist-Driven Multicomponent Sleep-Promoting Protocol on Delirium in Critically Ill Patients. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 578-586

APÊNDICES

Apêndice I – Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura

1. (Gorecki & Prasun, 2024)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: Gorecki & Prasun (2024)	Título: <i>Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes</i>
	Palavras-chave: -----
	Objetivos: Percecionar se a implementação de uma Bundle de promoção do sono em UCI afeta a ocorrência do <i>delirium</i> e agitação, o uso de contenções físicas e o tempo de permanência na Unidade
	Tipo de Estudo: Retrospectivo
	Amostra: De um total de 393 indivíduos revistos foram incluídos no estudo 286 que respeitavam os critérios de inclusão. Estes foram divididos em dois grupos – necessidade de ventilação mecânica (VM) (n=132) e sem necessidade de VM (n=154).
	Instrumento de recolha de dados: Revisão de diários clínicos dos indivíduos selecionados, de 01 de janeiro a 31 de março de 2021.
	Conclusões: A implementação de um protocolo de promoção do sono nas UCI obteve um impacto positivo em alguns dos resultados, como a redução de 9 pontos percentuais na incidência de <i>delirium</i> , a redução significativa do tempo de internamento na UCI e uma redução significativa da agitação presente em indivíduos ventilados. Estes resultados levaram à implementação permanente da <i>bundle</i> de promoção do sono em todas as UCI do hospital onde decorreu o estudo, no total de 123 camas. Estas <i>bundles</i> de promoção do sono orientadas pelos enfermeiros demonstraram ser cruciais para a melhoria da qualidade do sono, através de estratégias não farmacológicas, onde são despendidos recursos mínimos para a sua implementação com melhorias notórias no estado da PSC. Durante a implementação do protocolo foi notória a diminuição significativa na pontuação alta da <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> (RASS) no grupo da VM, indicando uma redução da agitação após a implementação das medidas não farmacológicas.

	<p>A incidência do uso de contenções físicas rondou os 10% em ambos os grupos – relacionada também com a baixa adesão à utilização das mesmas neste tipo de unidade.</p> <p>A melhoria da qualidade de sono relatada neste estudo foi semelhante a outras já encontradas em outros estudos, o que realça a importância do sono de qualidade nas UCI e a implementação dos protocolos de promoção do mesmo. O ruído da unidade poderá ser outra das variáveis a considerar, sobretudo no período noturno de modo a promover um sono de alta qualidade nestas unidades.</p> <p>Os enfermeiros de cuidados intensivos desempenham um papel crucial na promoção de sono de alta qualidade nestas unidades.</p> <p>O protocolo de promoção do sono não farmacológico é uma intervenção de baixo custo e variada, passível de ser implementada em pessoas em situação crítica, devendo ser considerado um padrão de cuidados em UCI.</p>
--	--

2. (Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant, 2024)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica:	Título: <i>The Impact of a Pharmacist-Driven Multicomponent Sleep-Promoting Protocol on Delirium in Critically Ill Patients</i>
Zelenkov, Hollins, Mahoney, Faugno, & Poyant (2024)	Palavras-chave: sleep quality; sleep protocol; intensive care; pharmacist; delirium
	Objetivos: Desenvolver e implementar um protocolo de promoção do sono, conduzido por farmacêuticos, e analisar o seu impacto no <i>delirium</i> em pessoas em situação crítica, ventiladas ou não mecanicamente nas UCI de um centro médico;
	Tipo de Estudo: Retrospectivo
	Amostra: 238 indivíduos foram incluídos na análise de pré-implementação, enquanto na análise de pós-implementação foram selecionados apenas 185 indivíduos;
	Instrumento de recolha de dados: Revisão retrospectiva de dados armazenados no software REDCap e revisão de relatórios do software TheraDoc (quantificou o número de intervenções medicamentosas)
	Conclusões: Previamente à implementação deste estudo, não existia qualquer orientação oficial para a promoção do sono neste centro médico, apesar de já existirem recomendações/diretrizes. Foram implementadas diversas estratégias para a melhoria da qualidade do sono, diminuir a ocorrência do <i>delirium</i> , reduzir a utilização de contenções físicas e reduzir a deficiência auditiva e visual, com vista à promoção das intervenções não farmacológicas. Relativamente à terapêutica farmacológica, esta é um fator de risco significativo de impacto no sono em UCI, mais concretamente, as benzodiazepinas e opióides, usados frequentemente para sedação e analgesia. Estes, perturbam o sono, diminuindo tanto o movimento rápido dos olhos - <i>rapid eyes movement</i> (REM) quanto o sono de ondas lentas – <i>non-rapid eyes movement</i> (NREM), estágios do sono considerados reparadores. Os fármacos hipnóticos, antidepressivos tricíclicos e as benzodiazepinas encontram-se associadas a disfunção cognitiva, <i>delirium</i> e quedas em ambiente hospitalar.

	<p>A implementação deste protocolo de promoção de sono não reduziu a incidência de <i>delirium</i> ou dias sem a presença do mesmo na UCI. No entanto, este variou entre os 40 e 50%, o que é inferior ao relatado na maioria dos estudos clínicos. Algumas pessoas foram admitidas à UCI por descompensação respiratória decorrente da COVID-19, onde o tratamento incluía a administração de altas doses de corticoides, um fator de risco reconhecido para o <i>delirium</i>, o que pode ter afetado negativamente os resultados deste estudo.</p>
--	---

3. (Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton, 2024)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica:	Título: <i>Quetiapine Twice Daily Versus Bedtime Dosing in the Treatment of ICU Delirium</i>
Hawthorne, Delgado, Battle, & Norton (2024)	Palavras-chave: <i>delirium</i> , intensive care unit, quetiapine, antipsychotic, critical care
	Objetivos: Determinar se a administração de quetiapina duas vezes dias ao invés de apenas uma dose diária, reduz a duração do <i>delirium</i> na UCI;
	Tipo de Estudo: Retrospectivo
	Amostra: De um total de 264 indivíduos revistos foram incluídos no estudo 41 que respeitavam os critérios de inclusão. Estes foram divididos em dois grupos – dosagem bidiária (n=23) e dosagem diária (n=18).
	Instrumento de recolha de dados: Revisão de diários clínicos dos indivíduos selecionados, de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021.
	Conclusões: O sexo masculino tem maior incidência do diagnóstico de <i>delirium</i> em UCI em comparação com o feminino. No entanto, neste estudo não foram notórias diferenças significativas entre os sexos. Os indivíduos no grupo de dosagem bidiária receberam doses diárias totais mais altas de propofol, midazolam e haloperidol enquanto o grupo de dose diária recebeu doses mais altas de equivalentes de fentanil por dia. Um ponto forte deste estudo é que 88% dos indivíduos receberam um controlo adequado da dor, uma vez que, este é um fator de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i> . Por outro lado, a administração de benzodiazepinas, como o midazolam no grupo bidiário, é de notar, uma vez que a sua administração é outro dos fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome. Sendo este o primeiro estudo de comparação entre dosagens de quetiapina em pessoas em situação crítica em contexto de UCI, para o tratamento do <i>delirium</i> , não foram encontradas diferenças significativas entre a administração diária ou bidiária, sugerindo uma eficácia semelhante em ambas as estratégias, sem um aumento dos efeitos adversos.

4. (Swayngim, Preslaski, & Dawson, 2024)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: Swayngim, Preslaski, & Dawson (2024)	Título: <i>Use of Valproic Acid for the Management of Delirium and Agitation in the Intensive Care Unit</i>
	Palavras-chave: agitation, <i>delirium</i> , critical care, valproic acid, valproate
	Objetivos: Avaliar a eficácia e a segurança do uso de ácido valpróico para o tratamento do <i>delirium</i> e agitação na UCI em comparação com outros antipsicóticos;
	Tipo de Estudo: Estudo de Coorte Retrospectivo
	Amostra: De um total de 163 indivíduos revistos foram incluídos no estudo 108 que respeitavam os critérios de inclusão. Estes foram divididos em dois grupos – administração de ácido valpróico (n=49) e grupo de controlo sem a administração de ácido valpróico (n=59).
	Instrumento de recolha de dados: Revisão de diários clínicos dos indivíduos selecionados, de 01 de janeiro de 2016 a 1 de outubro de 2020;
	Conclusões: Não foi encontrada diferença significativa entre a utilização de ácido valpróico e o grupo de controlo para o tratamento do <i>delirium</i> e/ou agitação nas UCI. Não foram encontrados resultados diferenciais significativos em relação aos dias sem <i>delirium</i> e coma ou agitação e dias sem coma. Importante salientar que o ácido valpróico foi sempre administrado como um medicamento adjuvante e, frequentemente, iniciado mais tarde já na presença de <i>delirium</i> e/ou agitação dos indivíduos. Evidenciaram-se alguns efeitos adversos da utilização de ácido valpróico, nomeadamente a hepatotoxicidade em 6,1% dos indivíduos e a trombocitopenia em 12,2%. Estas, são comuns em UCI, dadas as suas causas multifatoriais, o que não permite atribuir toda a sua causalidade à administração do ácido valpróico. O ácido valpróico é assim uma opção de tratamento adjuvante, com resultados semelhantes a outros fármacos utilizados no tratamento do <i>delirium</i> e da agitação, possuindo alguns efeitos adversos.

5. (Song, *et al.*, 2024)

Tabela de Evidências	
Informação Bibliográfica: Song, <i>et al.</i> (2024)	<p>Título: <i>Predictive factors for the duration of subsyndromal delirium in the intensive care unit</i></p> <p>Palavras-chave: duration, intensive care unit, risk factors, subsyndromal delirium</p> <p>Objetivos: Investigar a incidência e a duração do SSD em pessoas internadas em UCI e os fatores preditivos da duração do SSD</p> <p>Tipo de Estudo: Retrospectivo</p> <p>Amostra: De um total de 482 indivíduos revistos foram incluídos no estudo 388 indivíduos – destes, 208 (53.6%) foram identificados como estando em estado de SSD após admissão na UCI, 148 (38,1%) como não diagnosticados com SSD ou <i>delirium</i> durante a sua permanência na UCI e 32 (8.3%) com apresentando-se em <i>delirium</i> na sua primeira avaliação em UCI.</p> <p>Instrumento de recolha de dados: Avaliação dos participantes através das escalas RASS e escala CAM-ICU durante a sua permanência na UCI, no período de 01 de dezembro de 2019 a 30 de junho de 2020;</p> <p>Conclusões: Os resultados deste estudo demonstram uma elevada incidência do SSD em contexto de UCI, evoluindo muitos deles para <i>delirium</i>. A duração desta síndrome está associada à idade da PSC, tipo de cirurgia a que é submetida, duração da ventilação, tempo de permanência em hipóxia e função cognitiva. Neste sentido, torna-se essencial que a equipa multidisciplinar, concretamente os enfermeiros, estejam dispersos para os fatores de predisposição da SSD e a sua ocorrência, de modo a prevenir a sua evolução para <i>delirium</i> e encurtar a duração da SSD.</p> <p>Neste estudo, dos 53,6% indivíduos diagnosticados com SSD, 20,6% progrediram para <i>delirium</i>. Porém, é notória uma falta de ferramentas de avaliação e critérios de diagnóstico consistentes para a SSD, o que se traduz numa maior variabilidade na incidência desta síndrome e uma maior progressão desta para <i>delirium</i>.</p> <p>O presente estudo mostrou que o aumento do tempo de duração da SSD encontra-se associada aos indivíduos cirúrgicos, uma vez que estes</p>

apresentaram um risco aumentado de desenvolver esta síndrome de 51,4%, em relação aos não-cirúrgicos. A permanência em UCI por cirurgia, deveu-se sobretudo a cirurgias do foro cardíaco e gastrointestinal – onde a PSC vários graus de dor, ansiedade e medo, que podem facilmente levar à disfunção cerebral aguda e SSD. Além disso, esta tipologia de PSC pode apresentar isquemia cerebral durante a intervenção cirúrgica, levando a uma disfunção cerebral aguda e, conseqüentemente, a um aumento significativo na incidência e duração do SSD pós-operatório.

A hipóxia é um fator de risco para SSD prolongado – neste estudo, a duração do SSD foi diminuída em 0,212 vezes por cada hora de redução do tempo de hipóxia.

A ventilação mecânica também afetou a duração do SSD, uma vez que, a PSC submetida a entubação endotraqueal ou traqueostomia é, muitas vezes, incapaz de demonstrar o seu desconforto que, adicionando o repouso prolongado e a falta de exercícios, leva facilmente à solidão, ansiedade e medo, o que potencia a SSD.

Neste sentido, a atenção de toda a equipa para a função cognitiva na admissão é fundamental, assim como, o treino da função cognitiva dos que apresentam declínio cognitivo, através do estímulo sensorial, através do fornecimento de óculos e aparelhos auditivos e, por exemplo, através de estímulos musicais – reduzindo a incidência e/ou duração da SSD.

Apêndice III: Póster -*Delirium* – Estratégias na prevenção e tratamento da Pessoa em Situação Crítica”

Delirium – Estratégias na prevenção e tratamento da Pessoa em Situação Crítica

Juliana Azevedo ^{1,2}, Vasco Silva-Neves ³

¹ Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

³ Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem do Porto

Introdução

O delirium é uma síndrome caracterizada pelo seu início súbito, onde a pessoa evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência, com compromisso da função cognitiva¹. É uma síndrome frequente em UCI, com incidência de cerca de 87%², encontrando-se associada ao aumento da mortalidade e utilização de recursos em UCI, aumento do tempo de internamento e o comprometimento cognitivo a longo prazo da PSC. Neste sentido, o seu tratamento pode envolver o uso de medicamentos antipsicóticos assim como, o controlo da dor, ajuste de parâmetros ventilatórios, a regulação do ciclo de sono, entre outras³.

Objetivos

Identificar o impacto das medidas de prevenção e tratamento do delirium em pessoas sob ventilação invasiva, em UCI;

Metodologia

A presente Revisão da Literatura foi realizada através da pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, EBSCO Host, Mediciatrina, MEDLINE Complete, onde foram utilizadas como palavras-chave: "delirium", "acute confusion", "confusion", "desorientation", "ventilation" e "ICU". Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, incluindo no total 5 artigos.

Resultados

O diagnóstico de delirium atrasa a recuperação da PSC, potenciando o aumento do tempo de internamento em UCI, assim como as comorbidades associadas⁴. A sua prevenção passa por diversas intervenções, farmacológicas ou não farmacológicas, que quando implementadas podem diminuir a incidência desta síndrome e das complicações associadas.

Medidas Farmacológicas

Sedoanalgesia

- Perturbação do ciclo de sono – diminuição do sono REM e NREM;
- Realizar desmame precoce;

Ácido Valpróico

- Utilizado frequentemente;
- Efeitos adversos – hepatotoxicidade (6,1%) + trombocitopenia (12,2%);

Quetiapina

- Utilizada no controlo/tratamento do delirium;
- Administração diária ou bidiária – sem diferenças significativas;

Medidas Não-Farmacológicas

Protocolo de Promoção do Sono

- A privação do sono é vivenciada em cerca de 80% das PSC em UCI – associada a alterações agudas do estado mental;
- Resultados positivos na redução da incidência do delirium;

Estimulação Sensorial

- Prevenção da evolução de sub-síndrome de PSC em UCI para delirium;
- Fornecimento de óculos e aparelhos auditivos pessoais;
- Musicoterapia;

Exemplo de Protocolo de Promoção de Sono

Estratégias Diurnas

- Utilização de óculos e aparelhos auditivos;
- Luz natural;
- Reabilitação precoce;
- Remoção de contenções físicas;
- Maximizar a estimulação diurna – visitas, evitar cafeína após as 16h e evitar sesta diurnas;

Estratégias Noturnas

- Luz fraca;
- Utilização de tampões auditivos e máscara de olhos;
- Desligar aparelhos eletrônicos 2 horas antes de dormir;
- Comunicação em som baixo, entre profissionais;
- Redução de volume e minimização de alarmes;
- Minimização de intervenções físicas desnecessárias;

Conclusões

As intervenções farmacológicas e não farmacológicas podem diminuir a incidência do delirium. A promoção do sono evidenciou-se como fundamental para este objetivo, o que deve levar as UCI a implementar estratégias para a sua consecução. O Sub-Síndrome Delirium é ainda desvalorizado e sub-diagnosticado, pelo que, os profissionais, concretamente os enfermeiros, devem ser instruídos acerca do mesmo, implementando estratégias, como as medidas não-farmacológicas, de baixo custo e com ganhos para a PSC.

Acknowledgements

¹ - Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, Á. d., & Lima, R. d. (2020). Delirium: Uma problemática atual. Em J. A. Pinho, Enfermagem em Cuidados Intensivos (pp. 81- 92). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas; ² - Fiest, K., Soo, A., & Hee, L. C. (2021). Long-term outcomes in ICU patients with delirium: A population-based cohort study. *AM J Respir Crit Care Med*, pp. 412- 420; ³ - Swayngim, R., Prestlaski, C., & Dawson, J. (2024). Use of Valproic Acid for the Management of Delirium and Agitation in the Intensive Care Unit. *Journal of Pharmacy Practice*, pp. 118-122; ⁴ - Gorecki, N. M., & Prasad, M. A. (2024). Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: Impact on Sleep Quality, Delirium, and Other Patient Outcomes. *Critical Care Nurse*, pp. 11-18;

Apêndice IV: Revisão de Conceitos: A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
(Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

UC – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Revisão de Conceitos: A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral

Estudante: Juliana Cristina Vieira Azevedo

Tutora: Enf. Especialista C.V.

Sob orientação de:
Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, outubro de 2024

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	149
1. A MUCOSITE ORAL	150
1.1. A Dor associada à Mucosite Oral.....	152
1.2. Princípios gerais do tratamento da Mucosite.....	153
1.3. Avaliação do Grau de Mucosite	153
2. ABORDAGEM NO CONTROLO DA DOR POR MUCOSITE	155
2.1. Nível 1 – Cuidados Básicos de Saúde Oral.....	155
2.2. Níveis 2 a 4 – Dor Moderada a Severa.....	156
2.3. Técnicas de Controlo da Dor Não-Farmacológicas.....	157
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM MUCOSITE ORAL INDUZIDA POR QT OU RT	159
CONCLUSÃO	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** - Fatores de risco da pessoa para a mucosite oral induzida pela RT (adaptado de (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017))..... 153
- Figura 2** - Escala de Toxicidade Oral da WHO (adaptado (Thomson, *et al.*, 2015)).. 156
- Figura 3** - Abordagem por etapas para o Controlo da Dor por Mucosite (adaptado de "Oral Health in Cancer Therapy" citado por (Palmela, 2010)) 159
- Figura 4** - Intervenções de enfermagem na mucosite (adaptado de (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017))..... 161/162
- Figura 5** - Intervenções de enfermagem dependentes do grau de mucosite pela WHO (adaptado de (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017))..... 163

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

GVHD - *graft versus host disease*

NCI-CTAE - *National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e no decorrer do estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), de um hospital da Região Norte, pretendo tendo rever e adquirir conceitos e indicações no tratamento à mucosite na pessoa em situação crítica (PSC).

Tendo por base o objetivo específico - “Desenvolver conhecimentos e habilidades, ao longo do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) – SMI, de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” – mencionado no projeto para este estágio, pretendo, através deste documento, realizar uma revisão bibliográfica acerca das intervenções de enfermagem mais adequadas para o cuidado à PSC com mucosite oral e, apresentar os resultados da mesma, à equipa do SMI.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo faz uma breve referência ao conceito de mucosite oral, mencionando a dor associada a este sintoma, o seu tratamento e como é realizada a avaliação dos diferentes graus existentes. O segundo capítulo refere-se à Dor, como foco importante de controlo desta patologia, demonstrando a execução das intervenções existentes por níveis, assim como, o controlo não-farmacológico passível de ser realizado. No que respeita o terceiro capítulo, este foca-se nas intervenções de enfermagem, onde o enfermeiro é um profissional com competências para a prevenção e tratamento eficaz da mucosite oral, com medidas farmacológicas e não-farmacológicas, fundamentais para o controlo desta patologia.

Todo o desenvolvimento deste trabalho teve como foco evidência nacional, mas, do mesmo modo, procurando intervenções com resultados positivos vindos de evidência internacional.

1. A MUCOSITE ORAL

A mucosite oral é definida como uma inflamação e ulceração da mucosa oral, resultante da ação de agentes citostáticos e de radiação ionizante, formando uma pseudomembrana, dolorosa e fonte potencial de infecções com risco de morte (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017; Palmela, 2010). Segundo os mesmos autores, esta resolve-se entre 2 a 3 semanas concluído o tratamento, mas, frequentemente é responsável por alterações no tratamento terapêutico da quimioterapia (QT) em 9% e da radioterapia (RT) em 19% dos casos. A mucosite severa pode levar a alterações temporais na administração da terapêutica, sendo que estas, podem afetar o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, a sobrevida da pessoa (Palmela, 2010).

Esta patologia pode resultar em dor, disfagia e alteração na capacidade para comunicar, podendo colocar pessoas imunodeprimidas, em risco de sépsis devido a infecções oportunistas. Assim, a mucosite oral é o efeito agudo de maior frequência e dose-limitante para a RT, especialmente a da região cabeça e pescoço a que se deve, sobretudo, à alta taxa de divisão celular e à baixa radiorresistência das células da mucosa da cavidade oral, uma vez que, estas respondem precocemente aos efeitos tóxicos da radiação a que estão expostos (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017).

Segundo Palmela (2010), o fator de risco mais importante para a mucosite é a terapêutica do cancro e depende do tipo de tratamento (QT, RT, ou quimioradioterapia combinada), dosagem e fracionamento:

- QUIMIOTERAPIA

Com o aumento da intensidade da QT, aumenta o risco da mucosite. Os agentes citostáticos com o risco mais elevado são a cisplatina, o 5-fluoracil, o metotrexato, a doxorubicina e a ciclofosfamida. Associando a RT, o risco de mucosite aumenta esponencialmente, sendo a sua incidência, em pessoas com neoplasias da cabeça e pescoço, perto dos 100% (Palmela, 2010).

- TRANSPLANTE DE MEDULA

A mucosite apresenta uma maior incidência nos transplantes alogénicos e, quando é necessária a utilização de metotrexato para a prevenção da doença enxerto contra hospedeiro (“*graft versus host disease*” (GVHD)), a sua severidade aumenta. Em média,

o pico de intensidade é atingido 6 a 12 dias após o transplante e atinge a cicatrização lentamente entre o 7º e o 14º dia após (Palmela, 2010).

- **RADIOTERAPIA**

A RT, dependendo da sua dose total, volume irradiado, duração de tratamento e regime de fraccionamento tem níveis de severidade de mucosite diferentes na pessoa sob esta tipologia de tratamento. Em média, o seu pico ocorre entre a 5ª e a 6ª semana e atinge a cicatrização entre a 8ª e a 12ª semana (Palmela, 2010). Existem, ainda alguns fatores descritos associados ao tratamento de RT sobre a mucosa oral que influenciam o aparecimento, duração e intensidade da mucosite oral e que se encontram descritos na figura seguinte.

Fatores de Risco do Doente
Idade
Estado Nutricional Deficiente
Suporte Entérico (SNG ou PEG)
Estado da dentição (ex: próteses dentárias)
Lesões orais
Hábitos de hidratação oral diminuídos
Hábitos de higiene oral precários
Baixa produção de saliva
Hábitos alcoólicos
Hábitos tabágicos
Imunidade comprometida (Diabetes, HIV, ...)
Fatores genéticas
Suportes terapêuticos (opióides, diuréticos, sedativos, oxigenoterapia)
Outras comorbilidades

Figura 1 - Fatores de risco da pessoa para a mucosite oral induzida pela RT (*adaptado de (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017)*)

- **OUTROS FATORES DE RISCO**

Segundo Palmela (2010), para além dos fatores de risco já mencionados existem outros fatores associados é predisposição da cavidade oral, como:

- Disfunção das glândulas salivares – a mucosite encontra-se significativamente associada à hipofunção das glândulas salivares. Com a diminuição da produção de saliva, ocorre o aumento do trauma, irritação local, colonização microbiana e desidratação das mucosas;
- Trauma e Irritação – Peças dentárias fraturadas ou cariadas, assim como, próteses mal adaptadas e aparelhos ortodônticos podem causar algum tipo de trauma ou irritação, devendo ser considerados. A dieta mole é aconselhada;
- Risco de Infecção: A deficiente higiene oral pode ser impulsionadora da invasão microbiana de lesões ulceradas, sendo fundamental o ensino para a frequente limpeza e higienização desta mucosa;

1.1. A Dor associada à Mucosite Oral

A mucosite desencadeia vários processos, como é o caso da dor, que resulta do efeito tóxico direto e inflamação subsequente que ativam os nocirreceptores no local, desaparecendo aquando da cicatrização das lesões. A dor tem uma duração limitada, cerca de 1 a 2 semanas na mucosite relacionada com a QT e menos de 3 meses na relacionada com a RT. Excepcionalmente, esta dor por mucosite relacionada com RT evolui para dor crónica (Palmela, 2010).

A mucosite orofaríngea é um efeito secundário frequente e debilitante da terapia oncológica e associando-se à dor podem não só interferir com a cura do cancro, provocando atrasos e diminuição das doses prescritas, como aumentar o risco de infeções e hemorragias. Do mesmo modo, interfere com as funções da mucosa oral, debilitando a PSC, afetando o seu estado biopsicossocial e diminuindo a sua qualidade de vida (Palmela, 2010). A dor associada a este tipo de lesões pode, também, levar à necessidade de suporte nutricional entérico com recurso a dispositivos, como a sonda nasogástrica ou gastrostomia, bem como, à utilização de opióides, com o objetivo de manutenção da dose total de tratamento de RT planeado (Lopes, 2016).

1.2. Princípios gerais do tratamento da Mucosite

A mucosite e a dor associada devem sempre ser consideradas como tratamento da dor aguda. Segundo Palmela (2010), a base do tratamento não deve ser relacionada com a intensidade da dor, mas sim com respostas adequadas ao aumento dos níveis de dor. Sempre que possível, devem ser utilizados horários fixos de administração dos fármacos, preferencialmente por via oral, quando esta se encontra disponível. O controlo da dor deve-se iniciar com estratégias adequadas a cada pessoa, começando com tratamentos tópicos locais e escalando medidas conforme necessário.

A dor orofaríngea irruptiva deve ser abordada imediatamente, com estratégias agressivas que proporcionam alívio imediato da dor, podendo envolver a aplicação de anestésicos tópicos em combinação com opióides de acção curta. Relativamente à estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, são usadas em todos os níveis atuando, do mesmo modo, no tratamento de efeitos adversos da analgesia, distúrbios psicológicos e fisiológicos, como a ansiedade, depressão e insónia (Palmela, 2010).

1.3. Avaliação do Grau de Mucosite

A avaliação do grau de Mucosite é realizada com recurso a escalas, das quais é possível destacar a escala da *World Health Organization* (WHO) e a escala do *National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events* (NCI-CTAE). Estas, foram desenvolvidas com o objetivo de descrever toxicidade existente em pessoas submetidas a QT, onde são integrados sinais da mucosite, sendo estes objetivos, subjetivos ou funcionais. A escala da Toxicidade Oral da WHO é recomendada, uma vez que, a sua utilização é considerada mais fácil e prática (Thomson, *et al.*, 2015).

Graus da Mucosite	Escala de Toxicidade Oral (WHO)
0	Sem Mucosite
1	Dor moderada, com eritema. Sem úlceras.
2	Eritema e Úlceras presentes. Pessoa consegue deglutir alimentos sólidos.
3	Úlceras, Eritema extenso. Pessoa não consegue deglutir alimentos sólidos.
4	Mucosite Oral Extensa – Alimentação (líquidos ou sólidos) por esta via não é possível.

Figura 2 - Escala de Toxicidade Oral da WHO (*adaptado (Thomson, et al., 2015)*)

1. ABORDAGEM NO CONTROLO DA DOR POR MUCOSITE

Baseada nos princípios da crescente agressividade das estratégias de controlo da dor, integrando princípios da estomatologia, oncologia oral e medicina interna, a abordagem no controlo da dor por níveis é fundamental para uma escalada de medidas com base na resposta ao aumento dos níveis de dor (Palmela, 2010).

Segundo o mesmo autor, as estratégias utilizadas em etapas anteriores, devem ser sempre mantidas, como no caso das lavagens com colutórios, mesmo que a pessoa inicie a administração de terapêutica opióide.

1.1. Nível 1 – Cuidados Básicos de Saúde Oral

Os cuidados de higiene oral são fundamentais para a prevenção e tratamento da mucosite. A pessoa em tratamento deve ser instruída, dentro das possibilidades anímicas do momento, acerca da importância destes cuidados para a redução da severidade da mucosite, devendo eliminar possíveis fontes de trauma. Para além disso, devem ser realizados ensinamentos acerca da inspeção regular da sua cavidade oral, mantendo a vigilância, por parte não só da pessoa, mas também da equipa de enfermagem, para os primeiros sinais e sintomas de complicações orais. As intervenções de enfermagem devem ter por base o grau de mucosite oral estabelecido, considerando a sintomatologia associada, bem como o impacto que a mesma possui na pessoa em tratamento/situação crítica (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017).

Como já referido, a pessoa em tratamento deve manter os cuidados de higiene oral mesmo após o início dos sintomas e quando estes se tornarem desconfortáveis ou até mesmo dolorosos. Os enfermeiros devem, por sua vez, intervir de maneira a encontrar técnicas de escovagem eficientes e, dentro do possível, atraumáticas. No caso da escovagem ser uma intervenção traumática, deve-se optar pela utilização de esponjas ou gazes humedecidas 3 vezes ao dia (Palmela, 2010).

Relativamente à higiene oral, as soluções suaves são úteis para humidificar a mucosa e reduzir a irritação e o desconforto. Devido ao seu fator irritativo, soluções contendo na sua composição – álcool, menta e limão – devem ser evitadas. Na mucosite induzida por radiação, não devem ser utilizadas soluções de sucralfato, enquanto na induzida pela QT, a clorexidina deve ser evitada para as lavagens orais (Palmela, 2010).

A solução saturada de fosfato de cálcio, comercialmente conhecido por Caphosol®, previne o agravamento das lesões e deve ser aplicado 4 a 10 vezes por dia sugerindo-se, do mesmo modo, a utilização de um protetor de mucosa e a aplicação de saliva artificial (Thomson, *et al.*, 2015).

A lubrificação dos lábios é recomendada previamente aos tratamentos, mas deve ser intensificada aquando dos mesmos e no tratamento deste sintoma através de cremes com linóleo, para humidificação e lubrificação (Palmela, 2010).

A nível nutricional, a monitorização do peso, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a ingestão alimentar são pontos importantes a considerar e a reavaliar frequentemente (Thomson, *et al.*, 2015).

1.2. Níveis 2 a 4 – Dor Moderada a Severa

Segundo Palmela (2010):

- O controlo tópico da dor torna-se uma intervenção fundamental nesta fase de tratamento. A frequência dos bochechos deve ser aumentada à medida que o desconforto sentido pela PSC acresce;
- Para o controlo precoce da dor inicia-se a aplicação local de anestésicos tópicos, onde a frequência está dependente da severidade da dor sentida. E, como já referido, esta intervenção deve ser mantida mesmo aquando do início da administração de terapêutica opióide;
- É importante realizar ensinamentos relativos aos anestésicos tópicos (bochechos), uma vez que, a sua deglutição pode induzir a anestesia do palato mole e da orofaringe levando à diminuição do reflexo do vômito e tosse e potenciando o risco de aspiração e outros efeitos sistémicos potencialmente tóxicos;
- Nestes níveis de dor e apresentação da mucosite oral, torna-se fundamental a prevenção do agravamento local, onde devem ser evitados potenciais acidentes traumáticos, como na escovagem dos dentes e na mastigação de alimentos sólidos. Deve-se considerar a remoção de próteses dentárias, nesta fase, optando por um tipo de dieta que permita a deglutição correta sem as mesmas. No caso, uma dieta líquida e/ou pastosa à temperatura ambiente, com alimentos de sabor suave, com restrição de ácidos e condimentos, deve ser a escolha. É aconselhada a abstinência de substâncias alcoólicas e tabaco;

Neste sentido, de forma a sistematizar a informação, apresenta-se a seguinte figura:

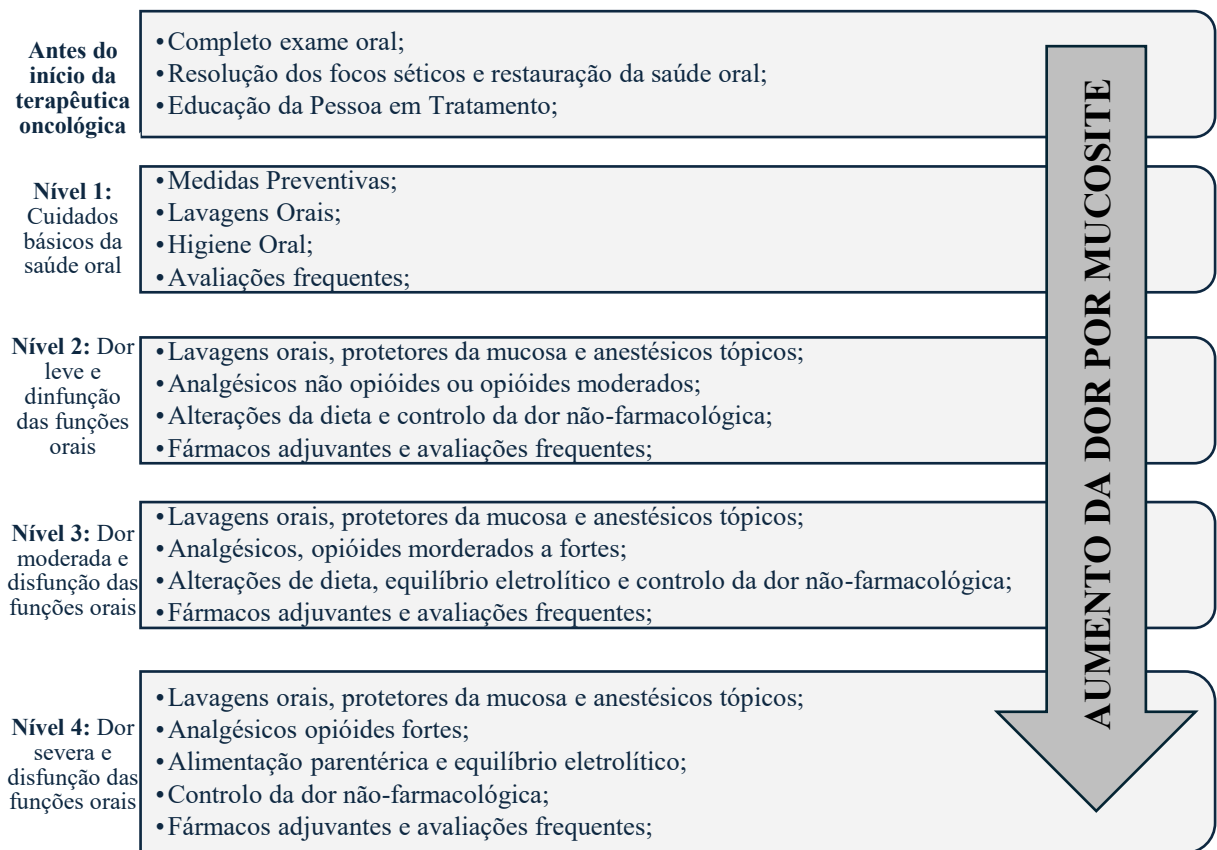


Figura 3 - Abordagem por etapas para o Controlo da Dor por Mucosite (*adaptado de "Oral Health in Cancer Therapy" citado por (Palmela, 2010)*)

1.3. Técnicas de Controlo da Dor Não-Farmacológicas

Existem várias técnicas não farmacológicas que podem ser utilizadas no controlo da dor como, por exemplo, o exercício físico, a acupunctura, a crioterapia, o apoio psicológico, o relaxamento e o laser de baixa intensidade (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017).

A crioterapia pode ser utilizada de forma preventiva e/ou no controlo da dor aquando tratamento da mesma. Esta, é a única medida tópica que comprovadamente reduz a incidência e gravidade da mucosite quando são utilizados citostáticos com semivida curta. As pessoas submetidas a QT são instruídas a manter na boca pedaços de gelo previamente à administração destes fármacos até algumas horas depois. A evidência mais recente confirmam uma menor incidência, gravidade e utilização de opióides nestas pessoas sob tratamento (Palmela, 2010).

Os *lasers* de baixa intensidade produzem bioestimulação, analgesia e efeitos anti-inflamatórios e podem ser utilizados em consultório, em meio hospitalar ou no domicílio, em sessões de 5 a 10 minutos por dia, durante 3 a 5 dias. Porém, apesar de ser uma intervenção não-invasiva com aparente efetividade na redução da severidade da mucosite, ainda são necessários mais estudos para a definição dos parâmetros ideais do laser, como o comprimento de onda, energia e horário de aplicação (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017).

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA COM MUCOSITE ORAL INDUZIDA POR QT OU RT

O enfermeiro tem como função ajudar a pessoa no processo saúde-doença, realizando as atividades que contribuem para a manutenção e/ou recuperação da saúde e, intervindo sempre que a pessoa não tenha a força, vontade ou os conhecimentos necessários para realizar essas atividades que, podendo parecer simples, apresentam-se complexas pela necessidade de adaptação do indivíduo (Henderson, 1998).

Como já referido, a dor é um dos sintomas mais significativos da mucosite oral, sendo uma das principais causas de má acessibilidade à boca, comprometendo, não só a higiene oral, mas também a observação da cavidade e a ingestão de alimentos. Neste sentido, qualquer atividade que potencie o agravamento da mucosite ou aumente o número de lesões existentes deve ser eliminado do dia a dia da pessoa em tratamento, como a ingestão de alimentos quentes, ácidos ou condimentados ou o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, que pelas suas propriedades irritantes, são uma das principais causas de traumatismo oral, devendo ser incentivada a interrupção do seu consumo, pelo menos durante os tratamentos de QT e RT (Pinho, Misoreli, Montelli, & Longato, 2010; Lambertz, *et al.*, 2010).

O papel do enfermeiro passa por minimizar qualquer sintomatologia existente e, do mesmo modo, capacitando a pessoa para gerir o impacto que esta acarreta no seu estado biopsicossocial, estando estas explicitadas nas figuras seguintes.

Categorias	Como intervir
Prevenção de complicações	<ul style="list-style-type: none">• Promover a cessação tabágica;• Evitar bebidas alcoólicas;• Considerar o uso de laser de baixa intensidade em pessoas submetidas a RT;
Higiene Oral	<ul style="list-style-type: none">• Efetuar a inspeção diária da mucosa oral;• Escovar os dentes, no mínimo 2x dia, preferencialmente com pasta com flúor e, sempre após cada refeição e antes de dormir, durante 90 segundos;• Substituir a escova por esponja oral de uso único (se necessário);

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar lubrificante de lábios à base de água e/ou vaselina; • Remover próteses dentárias antes dos cuidados de higiene oral, escovando-as com sabonete sem perfume e mergulhando-as em água, pelo menos 2x dia; • Em caso de infeção, as próteses devem ser mergulhadas em clorexidina 0.2%;
Opções terapêuticas: Colutórios	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar bochechos sem álcool pelo menos 4x dia, após a escovagem dos dentes, durante 1 minuto (p.ex. com solução de água salgada ou cloreto de sódio 0.9%), gargarejar 30 segundos e deitar fora; • Não ingerir alimentos sólidos ou líquidos nos 30 minutos seguintes aos bochechos; • Está recomendado a utilização de solução saturada de fosfato de cálcio 4x dia em pessoas de risco moderado, assim como, o uso de protetores da mucosa oral; • Não é recomendada a utilização em pessoas sob RT ou QT dos seguintes fármacos: sucralfato, clorexidina, gentamicina, bacitracina e clotrimazol, entre outros;
Nutrição e Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o apoio nutricional, através de uma nutricionista na equipa multidisciplinar; • Promover uma dieta diversificada e higiene oral adequada; • Evitar alimentos picantes, ácidos/cítricos e duros; • Ingerir alimentos frios ou à temperatura ambiente; • Em pessoas com xerostomia, ponderar a utilização de saliva artificial; • Em pessoas de alto risco, ponderar a colocação de PEG profilática;

Figura 4 - Intervenções de enfermagem na mucosite (adaptado de (*Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017*))

Grau de Mucosite	Intervenções
-------------------------	---------------------

<p>Grau 1 ou 2 (segundo a WHO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a higiene oral adequada; • Aumentar a frequência de bochechos salinos; • Remover próteses dentárias, em caso de irritação; • Monitorizar hidratação e nutrição adequada; • Monitorizar a dor de forma a obter um controlo eficaz; • Despistar infeção oral; • Aumentar a frequência dos bochechos com solução saturada de fosfato de cálcio (4-10x dia); • Ponderar o uso de saliva artificial e/ou protetores da mucosa; • Considerar o uso de laser de baixa intensidade;
<p>Grau 3 ou 4 (segundo a WHO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar analgesia, considerando a necessidade de administrar opióides; • Realizar bochechos com soluções de morfina a 0.2%; • Aplicar lidocaína tópica a nível local; • Aumentar a frequência dos bochechos com solução saturada de fosfato de cálcio (4-10x dia); • Ponderar o uso de saliva artificial e/ou protetores da mucosa (aplicados nas áreas afetadas, 1 hora antes das refeições); • Assegurar hidratação endovenosa e entérica; • Assegurar alimentação entérica (utilização de PEG ou SNG); •

Figura 5 - Intervenções de enfermagem dependentes do grau de mucosite pela WHO (adaptado de *(Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017)*)

CONCLUSÃO

Com esta revisão bibliográfica foi possível verificar a existência de várias intervenções do enfermeiro na prevenção e otimização do tratamento à pessoa com diagnóstico de mucosite oral.

É deveras importante o conhecimento, por parte do enfermeiro, dos primeiros sinais desta sintomatologia associada à QT e RT e extremamente recorrente nas pessoas que são submetidas a estes tratamentos, podendo este intervir e promover o ensino da pessoa na prevenção da mucosite, melhorando a sua qualidade de vida e diminuindo a incidência deste tipo de sintoma.

O conhecimento das estratégias para o controlo da dor, por parte do enfermeiro, é fundamental para uma escalada de medidas com base na resposta ao aumento dos níveis de dor precoce e eficaz, prevenindo a exacerbação do estado da mucosa oral e, deste modo, impedindo o agravamento da situação como, por exemplo, a perda da capacidade da ingestão de alimentos, com necessidade de alimentação por via entérica ou parentérica.

Medidas como a crioterapia e a higiene oral frequentemente demonstraram ter grande eficácia e um baixo custo, devendo ser implementadas precocemente. No caso do aumento da frequência da higiene oral, ainda antes do início dos tratamentos, com cuidado na seleção da tipologia dos acessórios de higiene. Em relação à crioterapia, é notório que esta é eficaz, devendo ser utilizada não só nos tratamentos, pela utilização dos pedaços de gelo na mucosa oral, mas, também, em todos os alimentos e estratégias do controlo da dor que podem ser administrados com temperaturas mais frias, de acordo com a tolerância e preferência da pessoa em tratamento.

A nível de limitações considero que é notória, após a revisão sumária acerca deste tema, a inexistência de um tratamento *standard* a nível nacional para a mucosite oral. É por este motivo, fundamental, a continuidade da produção científica nesta área.

Por fim, considero que a atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem, traz benefícios para o cuidado à PSC com mucosite no contexto do Serviço de Medicina Intensiva esperando que, de alguma forma, esta revisão possa irromper uma nova visão para o cuidado à pessoa com esta sintomatologia tão frequente nesta Unidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2017). Linha de Consenso - Mucosite Oral em Radioterapia., (pp. 1-9).
- Henderson, V. (1998). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE / Virgínia Henderson (traduzido do original)*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, cop. 1998.
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstain, V., Muller-Funaiole, V., Cummings, K., & Knapp, V. (2010). NO STOPS: reducing treatment breaks during chemorradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, pp. 585-593.
- Lopes, L. D. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de Oncologia: uma construção coletiva. *Revista Texto Contexto Enfermagem*.
- Palmela, P. (2010). *Guidelines para Cuidados em Saúde Oral em Doentes Oncológicos*. Queluz - Portugal: Círculo Médico - Comunicação e Design.
- Pinho, A., Misoreli, J., Montelli, R., & Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health*, pp. 145-160.
- Rankin, K. V., Jones, D. L., & Redding, S. W. (2008). Oral Health in Cancer Therapy - A guide for Health Care Professionals. *Dental Oncology Education Program* .
- Thomson, M., Quinn, D. B., Horn, J., Treleaven, D. J., Houghton, D., Fulman, L., . . . Campbell, F. K. (maio de 2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group (UKOMiC)*.

Apêndice V - Póster: “A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral”

A Pessoa em Situação Crítica – Intervenções de Enfermagem na Mucosite Oral

Juliana Azevedo ^{1,2}, Vasco Silva-Neves ³

¹ Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
² Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem do Porto

Introdução

A mucosite oral é definida como uma inflamação e ulceração da mucosa oral, dolorosa e fonte potencial de infeções com risco de morte. É um sintoma frequente e, com o agravamento hemodinâmico, devido aos tratamentos, a pessoa pode necessitar de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos¹. Os enfermeiros destas unidades devem, assim, estar capacitados para intervir na mucosite, de forma a que esta não evolua de forma incapacitante para a pessoa ao seu cuidado.

Objetivos

Determinar quais as intervenções de enfermagem no tratamento à mucosite oral na pessoa em situação crítica (PSC);

Metodologia

Realizada pesquisa bibliográfica na base de dados CINAHL Complete acerca das intervenções de enfermagem à PSC com mucosite oral ;

Resultados

O tratamento da mucosite deve estar direcionado a respostas adequadas ao aumento dos níveis da dor, através da avaliação das escalas de dor padronizadas². Sempre que possível, devem ser utilizados horários fixos de administração dos fármacos, preferencialmente por via oral, quando esta se encontra disponível. O grau da mucosite deve ser avaliado diariamente pelos enfermeiros, através da inspeção diária da mucosa oral.

Graus da Mucosite	Escala de Toxicidade Oral (WHO)	Higiene Oral	Colutórios
0	Sem Mucosite		
1	Dor moderada, com eritema. Sem úlceras.		
2	Eritema e Úlceras presentes. Pessoa consegue deglutir alimentos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Escovar os dentes de 2 (mínimo) a 4x dia, após as refeições com pasta com flúor sem sabores fortes; • Substituir escova (macia) por esponja oral, caso a lavagem já seja traumática; • Utilizar lubrificante de lábios à base de água/vaselina; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar bochechos sem álcool, pelo menos 4xdia após escovagem dos dentes, durante 1 minuto; • Não ingerir alimentos sólidos ou líquidos nos 30 minutos seguintes aos bochechos; <p>GRAU 1-2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponderar uso de saliva artificial, substitutos e protetores da mucosa; <p>GRAU 3-4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar analgesia + bochechos com soluções de morfina a 0,2%; • Aplicar lidocaína tópica local;
3	Úlceras, Eritema extenso. Pessoa não consegue deglutir alimentos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Remover próteses dentárias em caso de irritação da mucosa; • Em caso de infeção, mergulhar as próteses durante 15 minutos 2xdia em clorexidina 0,2%. 	
4	Mucosite Oral Extensa – Alimentação (líquidos ou sólidos) por esta via não é possível.		

Figura 1 - Escala de Toxicidade Oral da WHO (adaptado (Thomson, et al., 2015))



A deglutição de anestésicos tópicos pode induzir a anestesia do palato mole e orofarínge: ↓ reflexo de vômito/tosse e ↑ risco de aspiração;

Nutrição e Hidratação

- Providenciar dieta diversificada e hidratação oral adequada;
 - Evitar alimentos picantes, ácidos/cítricos e duros;
 - Ingerir alimentos frios e/ou à temperatura ambiente (ao gosto da pessoa);
- GRAU 3-4**
- Uso de protetores da mucosa – aplicados nas áreas afetadas, geralmente 1 hora antes de comer;
 - Doentes de alto risco – ponderar alimentação entérica (SNG ou PEG)

Conclusões

O conhecimento dos primeiros sinais desta sintomatologia é fundamental e essencial na promoção dos ensinamentos para a prevenção da mucosite, melhorando a qualidade de vida da pessoa. A atuação precoce do enfermeiro, com estratégias para o controlo da dor, é fulcral para uma escalada de medidas, prevenindo a exacerbação do estado da mucosa oral e, deste modo, impedindo o agravamento da situação como, por exemplo, a perda da capacidade da ingestão de alimentos e agravamento do seu estado hemodinâmico.

Bibliografia

¹ Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). *Linha de Consenso - Mucosite Oral em Radioterapia*, (pp. 1-9).² - Palencia, P. (2010). *Guia de Cuidados em Saúde Oral em Doenças Oncológicas*. Quênia - Portugal: Centro Médico - Comunicação e Design.³ - Thomson, M., Quinn, D. B., Ham, J., Triller, D. J., Houghton, D., Palmer, L., ... Campbell, F. K. (Maio de 2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. UK Oral Mucositis in Cancer Group (UKOMCG).⁴ - Lopes, L. D. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de Oncologia (uma construção de enfermeiros). *Revista Brasileira de Enfermagem*,⁵ - Pithon, A., Mucroni, J., Montelli, R., & Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de câncer. *Science & Health*, pp. 145-150

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico



enfermagem
doente crítico
1º congresso
internacional
8-9 NOV 2024
AVEIRO

CERTIFICADO

Certifica-se que

JULIANA CRISTINA VIEIRA AZEVEDO

com o cartão de cidadão nº 148635687ZW4, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica

Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC

Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora

Eládio Cardoso

Anexo II – Certificado de Participação na Masterclass “SAV ... and Beyond”



enfermagem
doente crítico
1º congresso
internacional
8-9 NOV 2024
aveiro

CERTIFICADO

Certifica-se que

JULIANA CRISTINA VIEIRA AZEVEDO

com o cartão de cidadão nº 148635687ZW4, frequentou com **Aproveitamento**, o **Masterclass - SAV ... and Beyond**, com duração de 2 horas, integrado no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica

Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC

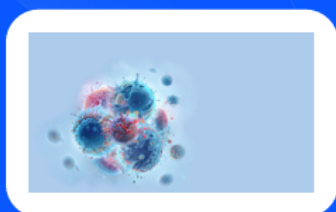
Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora

Eládio Cardoso

Anexo III – Certificado de Participação no Curso “Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral”

Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral



CERTIFICADO

Certifica-se que JULIANA CRISTINA VIEIRA AZEVEDO concluiu o curso "**Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral**", com nota de **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 8 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso financiado por:

Plataforma NAU cofinanciada por:



EMITIDO EM:
outubro 25, 2024
NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
[8118f329825e41bca536b745b4012237](https://ms.nau.edu.pt/certificacao/8118f329825e41bca536b745b4012237)

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.



<https://ms.nau.edu.pt/certificacao/8118f329825e41bca536b745b4012237>