



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da
Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação
Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Pessoa com Delirium no Serviço de

Urgência: da Prevenção à Avaliação

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da
Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação
Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Tudo é considerado impossível até acontecer.

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Este trabalho final é o resultado de uma longa caminhada, de grande esforço pessoal e da qual resultou um crescimento profissional e pessoal. No entanto, este percurso não seria possível sem algumas pessoas das quais tive apoio e incentivo e que sem a contribuição das mesmas não seria possível a sua concretização.

Assim, gostaria de agradecer:

*À **Professora Maria Antónia Costa** pela orientação pedagógica e partilha de conhecimento, apoio e alento, disponibilidade e atenção dispensadas que contribuíram para a exequibilidade deste trabalho;*

*Aos **Enfermeiros Orientadores** dos estágios realizados pelo incentivo, partilha de experiências e conhecimento, disponibilidade, compreensão e paciência tornando possível a concretização dos objetivos;*

*A ti meu **Amor**, por me fazeres acreditar que sou capaz, pela motivação, pelo suporte, pela estabilidade emocional e pelo carinho demonstrado, sem os quais teria sido impossível este percurso;*

e

*A ti meu **FILHO**, por seres a minha âncora, a minha força, o meu orgulho, o meu amor incondicional, por me ajudares a acreditar que era possível e pelos momentos em que não estive presente.*

A TODOS O MEU SINCERO OBRIGADO!

LONGE VAI QUEM ACREDITA.

RESUMO

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde e está associado a um aumento dos custos e do tempo de internamento, apresentando-se como uma das causas major de mortalidade.

O presente relatório descreve as diferentes fases do projeto de intervenção profissional, desenvolvido através de formação à equipa de enfermagem, uma proposta de norma de enfermagem e um fluxograma de identificação e gestão do delirium, objetivando a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados prestados a pessoa com delirium no serviço de urgência. Constatou-se que, a formação da equipa de enfermagem contribuiu para a aquisição de conhecimentos e de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium.

De igual forma, este relatório apresenta a análise crítica do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a pessoa em situação crítica e de mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Delirium, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prevenção.

ABSTRACT

Delirium, commonly known as acute confusional syndrome, is poorly recognized by health professionals and is associated with increased costs and length of hospital stay, and is one of the major causes of mortality.

This report describes the different phases of the professional intervention project, developed through training to the nursing team, a proposal for a nursing standard and a flow chart for the identification and management of delirium, aiming to improve the quality and safety of the care provided to person with delirium in the emergency department. It was verified that the training of the nursing team contributed to the acquisition of knowledge and skills of the nurses in the approach to the person with delirium.

Similarly, this report presents the critical analysis of the process of acquisition and development of common, specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing the person in critical situation and master's in nursing.

Keywords: Delirium, Medical- Surgical Nursing and Prevention.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Projeto de Estágio Final	CXXIX
Apêndice 2 - Cronograma	CLXVI
Apêndice 3 - Projeto de Intervenção Profissional	CLXIX
Apêndice 4 - Questionário	CLXXXI
Apêndice 5 - Análise <i>Swot</i>	CLXXXVI
Apêndice 6 - Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço	CLXXXVIII
Apêndice 7 - Plano de Sessão da Formação “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação”.....	CXC
Apêndice 8 - Sessão de Formação “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação”	CXCIII
Apêndice 9 - Teste de Aferição de Conhecimentos	CCXIII
Apêndice 10 - Teste de Avaliação da Sessão	CCXVI
Apêndice 11 - Proposta de Norma de Procedimento de Cuidados de Enfermagem “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência”	CCXX
Apêndice 12 - Fluxograma de Identificação e Gestão do Delirium no Serviço de Urgência.....	CCLXII
Apêndice 13 - Artigo Científico “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação”	CCLXIV
Apêndice 14 - Cartaz “Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Vesical”	CCLXIX
Apêndice 15 - <i>CheckList</i> “Como Proceder perante uma urgência/emergência na escola”	CCLXXI
Apêndice 16 - Cartaz “Como deve proceder quando liga 112”	CCLXXIII
Apêndice 17 - Plano de Sessão da Formação “ <i>Mass Training</i> em Suporte Básico de Vida – Ação de Sensibilização”	CCLXXV
Apêndice 18 - Cartaz de Divulgação “ <i>Mass Training</i> em Suporte Básico de Vida – Ação de Sensibilização”	CCLXXVII
Apêndice 19 - Cartaz de “Informação aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência”	CCLXXIX
Apêndice 20 - Folheto Informativo “Informação aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência”	CCLXXXI
Apêndice 21 - Revisão Integrativa da Literatura “O impacto da formação nos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium”	CCLXXXIV
Apêndice 22 - Trabalho “Kit de Emergência para a Catástrofe ou Situação de Multi-vítimas”	CCLXXXVII
Apêndice 23 - Projeto de Estágio à pessoa em Situação Crítica	CCCXI
Apêndice 24 - Trabalho “Abordagem do Delirium no Doente Crítico”	CCCXL

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do CHUA e Conselho de Administração do CHUA	CDX
Anexo 2 - Certificado de formação “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”	CDXII
Anexo 3 - Certificado de presença no III Congresso da Secção Regional do Sul.....	CDXIV
Anexo 4 - Certificado de formação “Vias Verdes: Coronário, AVC, Trauma e Sépsis”	CDXVI
Anexo 5 - Certificado de formação “Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra Incêndio”	CDXIX
Anexo 6 - Declaração de presença na formação “Triagem de Prioridades na Urgência”	CDXXI
Anexo 7 - Comprovativo da realização de estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e ambulância de Suporte Imediato de Vida	CDXXIII
Anexo 8 - Certificado de frequência do Curso de Suporte Básico de Vida	CDXXV
Anexo 9 - Comprovativo de frequência do Curso de Suporte Avançado de Vida	CDXXVII
Anexo 10 - Comprovativo da realização do Estágio no Serviço de Proteção Civil de Portimão	CDXXIX
Anexo 11 - Certificado de frequência do Curso International Trauma Life Support	CDXXXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das Unidades pertencentes ao CHUA, E.P.E.	19
Figura 2 - Índice de Envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2012-2017	21
Figura 3 - Modelo explicativo da teoria de médio alcance de Afaf Meleis.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa bruta de mortalidade (por mil habitantes), NUTS II, 2017	21
Gráfico 2 - Evolução do número total de atendimentos	28
Gráfico 3 - Número de atendimentos por tipologia de urgência.....	29
Gráfico 4 - Pertinência do tema	62
Gráfico 5 - Pertinência do tema	62
Gráfico 6 - Pertinência do Tema	62
Gráfico 7 - Resultado do Teste de Aferição de Conhecimentos	72
Gráfico 8 - Resultado do Teste de Avaliação da Sessão.....	72
Gráfico 9 - Análise Comparativa dos Resultados dos Testes	72
Gráfico 10 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Especialistas.....	74
Gráfico 11 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Generalistas	74
Gráfico 12 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros Generalistas	75
Gráfico 13 - Análise comparativa por questão	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Afluência no SUMC-UHP	29
Tabela 2 - Percentagem da afluência por prioridades do SUMC-UHP.....	31
Tabela 3 - Tempos de espera do SUMC-UHP 2018.....	32
Tabela 4 - Pertinência do Tema	63
Tabela 5 - Caracterização da população.....	64
Tabela 6 - Avaliação Global.....	77
Tabela 7 - Contribuição da formação.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ANPC- Autoridade Nacional de Proteção Civil

CAM- *Confusion Assessment Method*

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DGS- Direção Geral de Saúde

DSM-5- American Psychiatric Association

E.P.E.- Entidade Pública Empresarial

IACS- Infecções associadas aos cuidados de saúde

Km- Quilómetros

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SIV- Suporte Imediato de Vida

SUB- Serviço de Urgência Básico

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

UIDA- Unidade de Internamento de Doentes Agudos

UHF- Unidade Hospitalar de Faro

UHL- Unidade Hospitalar de Lagos

UHP- Unidade Hospitalar de Portimão

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	18
2.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.....	22
2.1.1. Estrutura física e recursos materiais.....	22
2.1.2. Recursos humanos.....	25
2.1.3. Metodologia de trabalho e registos de enfermagem.....	27
2.1.4. População-alvo.....	28
2.1.5. Sistema de triagem de manchester	30
2.2. Unidade de Internamento de Doentes Agudos.....	32
2.2.1. Estrutura física e recursos materiais.....	32
2.2.2. Recursos humanos.....	33
2.2.3. Metodologia de trabalho e registos de enfermagem.....	34
2.2.4. População-alvo.....	34
2.3. Análise da Produção de Cuidados	34
2.4. A Pessoa com Delirium: uma Problemática de Saúde Emergente.....	37
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	39
3.1. Enquadramento Conceptual e Teórico	39
3.1.1. Segurança nos cuidados.....	39
3.1.2. Qualidade nos cuidados.....	41
3.1.3. Formação	43

3.1.4.	Teoria das transições	44
3.2.	Fundamentação Teórica	51
3.3.	Metodologia de Projeto	59
3.3.1.	Diagnóstico de situação	60
3.3.2.	População-alvo.....	64
3.3.3.	Definição de objetivos	66
3.3.4.	Planeamento	66
3.3.5.	Execução e Avaliação	70
3.3.6.	Conclusão.....	79
3.3.7.	Divulgação dos resultados	81
4.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	82
4.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre.....	82
4.2.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre.....	96
4.3.	Competências de Mestre.....	113
5.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	114
6.	CONCLUSÃO.....	115
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização: Médico- Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica lecionado no Instituto Politécnico de Setúbal, surge a necessidade da elaboração do presente Relatório de Estágio para obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização: A Pessoa em Situação Crítica, e do grau de Mestre em Enfermagem, criado pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, publicado em Diário da República e promovido pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. A sua realização decorre do Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica e Estágio Final, que se cumpriram no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) na Unidade Hospitalar de Portimão (UHP).

Para Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), o relatório consiste “num trabalho escrito, onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo” (p.32). Neste sentido, o presente relatório de estágio é o colmatar de todo o trabalho desenvolvido, onde é realizada uma análise e reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas bem como o processo de aquisição das competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente a pessoa em situação crítica. A Unidade Curricular Relatório realizou-se sob a supervisão pedagógica da Professora Maria Antónia Rasa Costa.

A prática clínica realizou-se sob a orientação de um enfermeiro especialista e o acompanhamento e supervisão pedagógica da docente anteriormente mencionada, permitindo um ensino personalizado e a resolução de problemas. Para além dos estágios nos serviços hospitalares foram concomitantemente realizados alguns dias de estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Serviço de Proteção Civil de Portimão.

No decorrer do Estágio Final, inicialmente foi realizado um projeto de estágio (apêndice 1), um documento objetivo e bem organizado, passível de mudanças que serviu de linha orientadora durante todo o processo e no qual foi possível estruturar e projetar as atividades/estratégias a desenvolver durante o estágio, de modo a adquirir/desenvolver as competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica bem como os objetivos, as atividades/estratégias e o respetivo cronograma (apêndice 2) de modo a desenvolver um projeto de intervenção profissional (apêndice 3).

O Projeto de Intervenção Profissional está inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e intitula-se como: “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da prevenção à avaliação” visando como objetivo geral a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem na pessoa com delirium no serviço de urgência. A escolha da temática teve como base a necessidade formativa acerca do tema por parte da equipa de enfermagem, nomeadamente na deficiente identificação dos fatores de risco e a não utilização de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência. Neste sentido, surge a necessidade de investigação nesta área de modo a incrementar boas práticas no serviço com base na prática baseada na evidência.

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito, frequente nos utentes internados, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo por vezes subvalorizado e negligenciado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Está associado a um aumento dos custos e do tempo de internamento, apresentando-se como uma das causas major de mortalidade. Este interfere com a avaliação e abordagem de outros sintomas acarretando consequências para a própria pessoa essencialmente a nível da sua segurança, para a sua família e para os profissionais de saúde. A prevenção bem como a identificação do delirium são essenciais, tornando-se imperioso a formação e o treino das equipas de enfermagem neste sentido.

Perante o exposto anteriormente definem-se como objetivos deste relatório:

- Descrever as etapas do projeto de intervenção profissional delineado sobre a problemática da pessoa com delirium, identificado no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Refletir criticamente acerca da aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de Mestre em Enfermagem.

Em relação ao primeiro objetivo, pretende-se descrever e analisar de forma detalhada todas as etapas do projeto de intervenção profissional desenvolvido. Com esta intervenção pretende-se promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e, o aumento da segurança do doente com delirium no serviço de urgência, mediante a formação da equipa de enfermagem nesta área,

com a criação de uma proposta de norma de procedimento de enfermagem intitulada: “A pessoa com delirium no serviço de urgência: da prevenção à avaliação” e um fluxograma de identificação e gestão do delirium.

No segundo objetivo evidencia-se uma análise pormenorizada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e de mestre em Enfermagem e onde está patente uma análise e reflexão fundamentada de todas as atividades desenvolvidas com vista a aquisição das competências acima referidas. Cada atividade/estratégia realizada constituiu uma aquisição de conhecimento teórico e prático com vista à melhoria dos cuidados prestados, visto que a aquisição de competências só é possível com a ligação entre a teoria e a prática, associando um processo de reflexão sobre o conhecimento adquirido, evoluindo como pessoa e profissional.

Como ancoragem teórica baseamo-nos na Teoria das Transições de Afaf Meleis que dá ênfase as terapêuticas de enfermagem no processo de transição o que constitui um verdadeiro desafio para o enfermeiro especialista, na medida em que entende os processos de transição, por forma a desenvolver intervenções terapêuticas efetivas que previnam ou diminuam situações de delirium.

A estrutura do presente documento segue as orientações do Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Assim, o relatório contempla no seu primeiro capítulo a introdução onde é realizado o enquadramento do tema, a formulação dos objetivos, a metodologia utilizada e a estrutura do trabalho realizado. O desenvolvimento do trabalho está dividido essencialmente em três partes.

A primeira parte do trabalho correspondente ao capítulo dois corresponde a uma apreciação dos contextos, onde é realizada caracterização da instituição bem como os locais de estágio, recursos materiais e humanos disponíveis e posteriormente a análise da produção de cuidados nele realizado, ou seja, uma análise crítica, construtiva e fundamentada das intervenções realizadas.

O capítulo três correspondente à segunda parte do desenvolvimento do trabalho que é constituída pela descrição e análise de todas as fases do projeto de intervenção profissional. Este capítulo contempla uma fundamentação teórica acerca da temática escolhida, um enquadramento concetual e teórico onde são abordados conceitos fulcrais para a realização deste trabalho bem como a teórica escolhida para fundamentar a temática e a descrição das diferentes fases que

constituem o projeto: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados seguindo-se uma conclusão relativa ao mesmo.

Posteriormente, constituindo o quarto capítulo é realizada uma análise reflexiva e detalhada do processo de aquisição das competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e seguida de uma análise do processo de avaliação e de controlo que permite estimar se os objetivos estabelecidos foram cumpridos na íntegra, correspondendo à última parte do corpo do trabalho e ao quinto capítulo.

Para finalizar, é apresentado o sexto capítulo que diz respeito a uma síntese de todo o trabalho realizado e uma avaliação dos objetivos a que nos propusemos atingir designada de conclusão. De seguida são apresentadas as referências bibliográficas de acordo com a *American Psychological Association*, 6ª edição, que deram suporte à fundamentação deste trabalho. Importa referir que a redação deste trabalho foi à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Neste capítulo será realizada uma apreciação dos contextos clínicos, ou seja, uma breve descrição da instituição bem como uma caracterização dos serviços onde foram realizados os respetivos estágios, os recursos materiais, físicos, humanos e posteriormente uma análise da população e da produção de cuidados, dando especial ênfase ao serviço de urgência onde se realizou o estágio final.

Em 2004, ao abrigo do Decreto-Lei nº 214/2004 de 23 agosto é criado o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) que integrava o Hospital do Barlavento Algarvio Sociedade Anónima e o Hospital Distrital de Lagos. A designação de Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. é alterada em 2013 pelo Decreto-Lei nº 69/2013, de 17 de maio que procede à criação do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., fusão entre o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. e o Hospital de Faro, E.P.E. com vista à otimização dos recursos e consequente melhoria da prestação de cuidados de saúde à população. O Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. posteriormente passa a denominar-se de Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA, E.P.E.) ao abrigo do Decreto-Lei nº101/2017 de 23 de agosto transferindo as competências, direitos e obrigações da Administração Regional de Saúde do Algarve em relação ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul. Os estágios foram realizados no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. entidade pública, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se encontra integrada no Serviço Nacional de Saúde (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

O CHUA, E.P.E. é constituído por três Unidades Hospitalares Faro, Portimão e Lagos, as Unidades de Urgência Básica do Algarve (Lagos, Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António) e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

Figura 1 - Localização das Unidades pertencentes ao CHUA, E.P.E.



Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018)

O CHUA, E.P.E. tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, garantindo a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região do Algarve bem como desenvolve um trabalho importante na área de formação dos profissionais de saúde, através de vários protocolos, com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e das ciências da saúde (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a). Tendo em conta a aposta realizada na formação dos profissionais bem como na investigação é criado ao abrigo da portaria nº75/2016 de 8 de abril um consórcio denominado de Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve com a Universidade do Algarve através do seu centro de investigação *Center for Biomedical Research* e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina e tendo em conta os acordos de colaboração com a Administração Regional de Saúde do Algarve, a Escola Superior de Saúde do Algarve e outras faculdades da Universidade do Algarve (Ministério da Saúde, 2016 b).

Assim,

“a investigação e o ensino superior conduzem a uma melhoria progressiva da prestação dos cuidados de saúde, permitem a rentabilização dos recursos humanos e financeiros e favorecem o alargamento do número de profissionais qualificados, beneficiando a população do Algarve e potenciando ainda a captação e a fixação de profissionais qualificados” (Ministério da Saúde, 2017, p.4972).

A visão do CHUA, E.P.E. passa em consolidar-se como uma unidade de excelência no sistema de saúde com profissionais dotados de competências, saber e experiência e com recursos técnicos e terapêuticos mais avançados de modo a garantir a equidade e universalidade do acesso e de assistência objetivando a satisfação dos profissionais e dos utentes. Assim, como valores aposta na inovação, num trabalho em prol do utente, num trabalho em equipa, numa gestão participativa e numa orientação para os resultados (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

Em termos de lotação o CHUA, E.P.E. dispõe de 1025 camas, com camas supletivas, 666 na Unidade Hospitalar de Faro (UHF), 319 na UHP e 40 camas na Unidade Hospitalar de Lagos (UHL). O número de funcionários desta entidade é um total de 4079 pessoas, sendo o pessoal de enfermagem o maior grupo profissional com um total de 1464 pessoas (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

Esta entidade pública serve um extenso território, sendo a distância entre a UHL que inclui o Serviço de Urgência Básica ao Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António cerca de 140 quilómetros (km). A distância entre as duas principais unidades hospitalares Portimão e Faro é cerca de 70km, 90km da UHL à Unidade Hospitalar de Faro e 20km da UHL à Unidade Hospitalar de Portimão. O CHUA, E.P.E. é considerado o hospital de Portugal Continental com uma maior distância dos hospitais de referência (Lisboa), cerca de 300km (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2018).

O CHUA, E.P.E. é a única instituição hospitalar pública no Algarve e assegura a prestação de cuidados de saúde numa extensão de 16 concelhos e a cerca de 450 000 habitantes apresentando um aumento exponencial em época alta (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

Esta entidade pública tem como função assegurar cuidados de saúde à população residente e não residente com idade igual ou superior a 18 anos, sendo o Algarve uma região turística a população aumenta drasticamente em alguns meses do ano. Os cuidados de saúde são prestados por dez hospitais em que quatro deles estão integrados no CHUA e os restantes são de iniciativa privada ou social. A nível de cuidados de saúde primários existe um centro de saúde para cada concelho que constitui a região do Algarve (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2018). Tendo em conta o exposto, evidencia-se que a capacidade de resposta à população é insuficiente em termos de recursos humanos resultando em situações de falta de atendimento atempadamente o que faz com que exista uma proliferação de unidades privadas na região aumentando assim a capacidade de resposta (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 b).

As taxas de crescimento populacional no Algarve desde do ano de 2015 até ao ano de 2017 têm vindo a decrescer, no entanto tanto as unidades hospitalares de Faro como a de Portimão foram concebidas em épocas em que a população existente era muito inferior à que existe atualmente, o que nos remete para uma capacidade de resposta insuficiente ainda que exista decréscimo da população (Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019 b); Instituto Nacional de Estatística

[INE] (2018)). No que respeita aos níveis de envelhecimento da população servida na região do Algarve constata-se que a população apresenta com o decorrer dos anos cada vez mais elevados níveis de envelhecimento. O índice de envelhecimento em Portugal em 2017 é de 155 idosos por cada 100 jovens, sendo na região do Algarve 142. Podemos afirmar perante a observação da figura 2 que a região de Portugal continental que apresenta um maior nível de envelhecimento é o Alentejo seguindo-se da região Centro e a região com um menor nível de envelhecimento é a região autónoma dos Açores (Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018)).

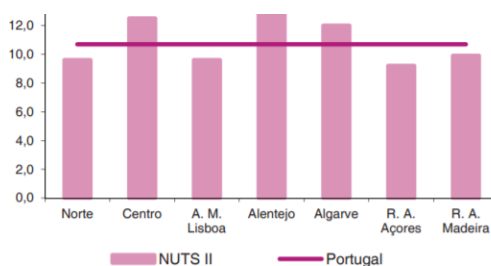
Figura 2 - Índice de Envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2012-2017



Fonte: Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018)

No respeitante à mortalidade, a região Algarvia apresenta valores superiores à média nacional bem como a região do Centro e do Alentejo (Gráfico 1). As causas para uma mortalidade acima da média nacional destacam-se a mortalidade precoce por causas externas e envenenamentos entre as quais os acidentes rodoviários. Realça-se que embora esta mortalidade seja considerada como não evitável por cuidados de saúde, não deixa de constituir um condicionamento muito significativo à atividade assistencial (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 b).

Gráfico 1 - Taxa bruta de mortalidade (por mil habitantes), NUTS II, 2017



Fonte: Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018)

2.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

A rede de serviços de urgência integra o serviço de urgência básico (SUB), o serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e o serviço de urgência polivalente (SUP). O serviço de urgência geral do CHUA, E.P.E. UHP, é considerado um serviço de urgência médico-cirúrgico sendo considerado “o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades” (Ministério da Saúde, 2014 a, p. 20673).

O Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do CHUA, E.P.E. integra serviços das três unidades hospitalares que o constituem. A nível da unidade hospitalar de Faro é constituído pelo serviço de urgência polivalente, serviço de medicina intensiva 1 (sala de emergência/reanimação, unidade de cuidados intensivos polivalente, unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência e VMER de Faro e Albufeira). Em relação à unidade hospitalar de Portimão é constituído pelo serviço de urgência médico-cirúrgico, serviço de medicina intensiva 2 (sala de emergência/reanimação, unidade de cuidados intensivos polivalente, unidade de internamento de doentes agudos e VMER de Portimão. Ao nível da UHL está contemplado o serviço de urgência básica (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 a).

2.1.1. Estrutura física e recursos materiais

No que respeita à estrutura física do SUMC da UHP está localizado no piso um e é composto pelas diversas áreas apresentadas:

- **Decisão clínica:** a área da decisão clínica surge como o local para onde são encaminhados os doentes após ser realizada a triagem que necessitam de aguardar em maca para observação médica, realização de meios complementares de diagnóstico e cuidados de enfermagem. Também é na área da decisão clínica que estão os doentes que aguardam internamento em outros serviços/especialidades. É constituída por vinte e três boxes com cortinas, rampa de oxigénio e de vácuo sendo que cinco destas boxes encontram-se equipadas com monitorização cardíaca, com um monitor *Philips* fixo na parede. Existem

duas casas de banho devidamente equipadas para uso dos doentes; dispõe de um carro de urgência/emergência com um desfibrilhador *Zoll Series*; um carro de medicação e três carros de apoio à medicação constituídos por material necessário às técnicas efetuadas; seis bombas de alimentação *Kangaroo*; dois termómetros *Covidien*; quatro seringas infusoras *Braun*; dois monitores com pé *Philips* e dois monitores *Mindray uMec 12* com traçado eletrocardiográfico; dois monitores *Intelli Sense*, um monitor *Criticare* e um monitor *Mindray VS 900* para avaliação da tensão arterial; um balcão que dispõe de sete computadores, quatro para uso médico e três para uso de enfermagem sendo que ainda existem mais dois computadores um para uso essencialmente dos assistentes operacionais e outro que auxilia os enfermeiros; armários com material de consumo clínico e armário com roupa. Na sala da decisão clínica estão disponíveis três boxes que servem como isolamento respiratório e que tem disponível rampa de oxigénio e vácuo.

- **Sala de pequena cirurgia:** a sala de pequena cirurgia é composta por uma marquesa, um foco de luz, um carro de pensos e armário com material de consumo clínico. É nesta sala que são realizados todos os procedimentos necessários como drenagens torácicas, paracenteses, suturas garantindo o maior nível de assepsia. Ao lado da sala de pequena cirurgia existe outra sala de menores dimensões onde é realizada a preparação para o procedimento a ser efetuado, denomina-se de adufa.
- **Sala de ortopedia:** a sala de ortopedia está equipada com uma marquesa, uma secretária e um computador, um armário com material de consumo clínico e todo o material necessário para os procedimentos ortopédicos que são efetuados. Ao lado da sala de ortopedia existe um gabinete médico de ortopedia onde o doente é observado pelo médico e este dispõe de uma marquesa, uma secretária e um computador.
- **Sala de triagem:** A sala de triagem é a primeira abordagem ao doente efetuada pelo enfermeiro. É nesta primeira abordagem e de acordo com os sintomas verbalizados pelo doente lhe é atribuído a prioridade clínica de atendimento através do Sistema de Triagem de Manchester. A sala é constituída por dois postos de triagem tendo uma secretária e um computador cada uma delas. Também dispõe de um monitor *Philips* para avaliação da tensão arterial, um armário de arrumação de material de consumo clínico e um armário com material a ser utilizado em situação de catástrofe ou multi-vítima.

- **Admissão de doentes:** é uma sala que dispõe de secretárias e de quatro computadores para os administrativos puderem efetuar a inscrição do doente, pedir o transporte, dar alta clínica entre outros procedimentos administrativos.
- **Sala de Reanimação/Emergência:** a sala de reanimação tem a capacidade para receber dois doentes, ou seja, duas boxes completas, sendo que pode existir a possibilidade de ter três doentes em simultâneo na mesma sala. É na sala de reanimação que são prestados cuidados mais diferenciados aos doentes em situação crítica e/ou falência orgânica. Cada boxe completa, é constituída por: uma maca, dois braços articulados, sendo que um braço dispõe de um monitor *Philips Intelli Vue*, material para via aérea e material necessário para punção venosa periférica. O outro braço articulado dispõe de três seringas infusoras *Fresenius*, uma bomba infusora *Sabotek*, uma manga de pressão e um estetoscópio. Cada uma destas boxes têm disponível um debitómetro com ar comprimido e um ventilador *Dräger Oxilog 2000*. Apenas uma destas boxes completas tem disponível um aquecedor *Equador* e um capnógrafo *Medtronic Capostream 35*. A sala de reanimação dispõe ainda de um desfibrilhador *Nitton Kohden* e um monitor desfibrilhador *Philips Heartstart MRX*. Esta sala dispõe também de três computadores, dois quadros brancos na parede, um cofre com medicação estupefaciente, medicação e vários Kits para procedimentos a serem realizados.
- **Sala de enfermagem:** é na sala de enfermagem que são prestados cuidados aos doentes tais como avaliação dos sinais vitais, colheita de sangue, administração de medicação entre outros procedimentos. Esta sala dispõe de duas marquesas, três computadores, dois de uso de enfermagem e outro de uso dos assistentes operacionais; dois carros de apoio à medicação; armário de medicação; monitor; seis rampas de oxigénio e três rampas de vácuo; armário de roupa. É nesta sala que estão os doentes que necessitam de lhes ser administrado oxigenoterapia e uma vigilância contínua. Dispõe também de um desfibrilhador *Nitton Kohden*, um monitor *Goldway UT 600 A*, um rádio *Sepura* que permite a comunicação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes e um monitor *Philips* para avaliação da tensão arterial. São encaminhados também para esta sala os doentes que estão em cadeira de rodas ou que podem ficar sentados.
- **Sala de espera laranja/amarelos:** esta sala serve para os doentes que apresentem menor grau de dependência e que foram previamente triados de laranja e amarelo aguardarem a

sua vez para observação médica. Esta sala está localizada perto da sala de enfermagem e dispõe de uma casa de banho.

- **Sala de espera verde/azuis:** sala onde os doentes que apresentem menor grau de dependência e que lhes foi atribuída a cor verde ou azul através da triagem de Manchester aguardem avaliação médica. Esta sala dispõe de cadeiras, televisão e uma casa de banho.
- **Sala/Balcão de atendimento médico:** nesta sala estão dispostos quatro postos de trabalho, com secretária e respetivo computador. É nesta sala que os doentes são observados pelos médicos.

Para além destas áreas que constituem o SUMC podemos ainda salientar a existência: de um gabinete da enfermeira chefe, um gabinete do diretor clínico, um gabinete da assistente social, duas arrecadações em que uma delas serve para armazenar material de consumo clínico para repor o restante serviço e outra das arrecadações serve para armazenar equipamento clínico (um *Lifepack 12*, um *Philips Heartstart MRX*, três seringas infusoras *Braun*, uma maca *Coqui* e um aquecedor *Covidien*). Dispõe ainda de duas casas de banho para os funcionários, uma dispensa para armazenamento dos soros, dois gabinetes para médicos, uma sala de armazenamento de resíduos, duas salas de eliminação de resíduos e um corredor que se estende ao longo de todo o serviço e que dispõe de rampas de oxigénio e macas caso seja necessário.

2.1.2. Recursos humanos

Em termos de recursos humanos os SUMC devem dispor de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde. Devem também dispor de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório (em permanência), imuno-hemoterapia, imagiologia (radiologia, ecografia simples e tomografia axial computadorizada) e patologia clínica (exames básicos) (Ministério da Saúde, 2014 a). A equipa multidisciplinar do SUMC da UHP é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, administrativos, seguranças, funcionários do serviço de limpeza e funcionários do serviço de alimentação.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta e nove elementos, sendo que faz parte deste número a enfermeira chefe e a enfermeira que a substituí na sua ausência. Destes sessenta e nove elementos, seis encontram-se de baixa por gravidez de risco, licença de maternidade e férias. Os enfermeiros estão distribuídos por quatro equipas de enfermagem sendo que cada uma destas é constituída por doze elementos, um elemento assume a chefia de equipa, por norma exerce esta função um enfermeiro com o título de especialista. Aquando a ausência da enfermeira chefe de serviço e da enfermeira que a substituí na sua ausência, cabe ao enfermeiro de chefia de equipa assumir este posto. Existe ainda uma quinta equipa que é constituída por elementos que estão a usufruir de um horário flexível ou licença de amamentação, exercendo funções maioritariamente no turno da manhã.

A equipa médica é constituída por médicos de clínica geral, medicina interna e cirurgia geral, com o apoio da anestesiologia e da ginecologia/obstetrícia. Segundo o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto

“o apoio das especialidades de Cardiologia (incluindo as capacidades de cardiologia de intervenção), Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e de Serviços ou Unidades de Medicina Intensiva deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência” (p.20674).

As especialidades de oftalmologia, gastrenterologia, ortopedia, otorrinolaringologia estão disponíveis em escala alternada entre as unidades de Faro e Portimão. A especialidade de psiquiatria é realizada apenas na unidade hospitalar de Faro.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e dois elementos que são distribuídos pelas equipas existentes. A distribuição dos postos de trabalho dos assistentes operacionais é realizada pela enfermeira chefe, por norma estão escalados dois assistentes operacionais na sala de decisão clínica, um na Sala de Emergência/ Reanimação, um na sala de enfermagem e outro na sala de triagem, com exceção do turno da noite em que existe apenas um assistente operacional para estas duas últimas salas. Por fim, importa referir que o serviço administrativo e de segurança mantém o seu funcionamento vinte e quatro horas por dia.

2.1.3. Metodologia de trabalho e registos de enfermagem

O método de trabalho exercido no SUMC da UHP é o método individual de trabalho, onde o enfermeiro é o responsável pela implementação, atualização e avaliação do plano de cuidados de cada utente. O plano de trabalho é realizado pela enfermeira chefe com o apoio dos enfermeiros que assumem chefia das várias equipas.

Os enfermeiros são distribuídos pelos postos existentes assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados: um enfermeiro assume chefia de equipa não se encontrando alocado a nenhum setor específico, de forma a desempenhar funções de gestão e supervisão no serviço, sendo que pode colaborar na assistência na prestação direta de cuidados, especialmente nas situações críticas (sala de emergência/reanimação), um enfermeiro assume a sala de reanimação conjuntamente com outro enfermeiro que assume a via verde coronária e que ao não existir transferências para a unidade de hemodinâmica em Faro colabora com o enfermeiro de reanimação e triagem; um enfermeiro assume o posto de triagem, um enfermeiro assume decisão clínica homens e outro enfermeiro decisão clínica mulheres, um ou dois enfermeiros assumem internamento geral, dependendo do número de internados, um enfermeiro assume ortopedia/pequena cirurgia sendo que quando não existem utentes pode assumir internamento geral ou sala de enfermagem dependendo da necessidade e dois ou três enfermeiros assumem sala de enfermagem. No turno da manhã (8h-16h) e da tarde (15:30-24:00h) por norma estão presentes onze a doze enfermeiros e no turno da noite (23:30- 08:30h) dez elementos.

As transferências inter-hospitalares, ou seja, “situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC” são asseguradas pelo SUMC-UHP. Assim, para além do posto de trabalho que os enfermeiros assumem no serviço, no turno da manhã está um enfermeiro escalado e nos turnos da tarde e noite estão dois enfermeiros. Estas transferências por norma são realizadas para a unidade hospitalar de Faro e/ou Lisboa.

Os registos de enfermagem são elaborados na aplicação *Alert*[®] enquanto o doente está na sala de decisão clínica homens/mulheres, sala de enfermagem e sala de reanimação. Podem ser efetuados registos também na aplicação *SClínico*[®] para os doentes que se encontram em regime de internamento geral na sala de decisão clínica, sendo a linguagem utilizada a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

2.1.4. População-alvo

Em termos de afluência da população aos serviços de urgência no Algarve podemos através da observação do gráfico 2, constatar que nos meses de janeiro, fevereiro, agosto e setembro de 2018 existe uma maior afluência comparativamente com o ano precedente. Nos meses de janeiro e fevereiro levanta-se a hipótese de um aumento de surto de gripe o que leva a população a recorrer mais aos serviços de saúde. Em relação aos meses de agosto e setembro poderá estar relacionado com o aumento populacional no Algarve nos mesmos meses. Podemos também frisar que durante o ano de 2018 o número total de atendimentos a nível do serviço de urgência na região do Algarve rondou os 321.531 mais 0,5% que no ano anterior (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019).

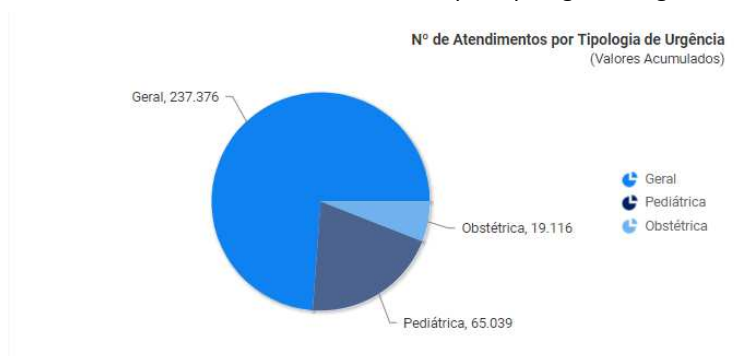
Gráfico 2 - Evolução do número total de atendimentos



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019

No que diz respeito ao número de atendimentos por tipologia de urgência, verifica-se que a nível de urgência geral/adultos foi sem dúvida onde existiu uma grande afluência com cerca de 237.376 atendimentos. A nível dos atendimentos de pediatria podemos constatar cerca de 65.039 e 19.116 de atendimentos na urgência de obstetrícia relativamente ao ano de 2018.

Gráfico 3 - Número de atendimentos por tipologia de urgência



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019

Em relação ao SUMC-UHP que constitui o CHUA e onde foi realizado um dos estágios podemos afirmar que em termos de admissões foram registadas 63 987 no ano de 2018 que corresponde a 27% dos atendimentos realizados na região do Algarve e comparativamente com os últimos seis anos o ano de 2018 (tabela 1) é o ano com maior afluência, tendo sido o mês de agosto o mês em que mais pessoas recorreram ao SUMC-UHP cerca de 6 955. Este facto pode dar-se face a um pico de crescimento da população em época alta na região Algarvia como já tinha sido mencionado anteriormente (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 b).

Tabela 1 - Afluência no SUMC-UHP

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	57 821	56 714	48 700	59 799	62 916	63 252	63 987

Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019 b)

Em termos de episódios diários o SUMC-UHP obteve cerca de 175 atendimentos, mais 2 atendimentos comparativamente com o ano precedente. A tabela 1 mostra-nos que desde o ano de 2015 a afluência dos serviços de urgência tem vindo a crescer, embora tenha existido um decréscimo nos três anos precedentes. Ao abrigo do Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril

“investir na articulação dos cuidados de saúde primários com os serviços hospitalares e numa melhoria do processo de referência dos utentes, evitando -se que recorram às urgências hospitalares em situações que devem ser objeto de avaliação pela equipa de saúde nos cuidados de saúde primários, permitindo assim, melhorar a sua utilização dos serviços de saúde” (p. 11816).

2.1.5. Sistema de triagem de manchester

Ao abrigo do Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro de 2015 foi determinado a obrigatoriedade e implementação em todos os Serviços de Urgência independentemente do seu nível, de um sistema de triagem que permitisse distinguir graus de prioridade e definir os tempos de espera até à primeira observação médica bem como o encaminhamento dos utentes (Ministério da Saúde, 2015 a).

Quando o utente recorre ao Serviço de Urgência, o primeiro contato é efetuado pelo enfermeiro na triagem. Os enfermeiros ao utilizarem um método de triagem é-lhes fornecido uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não um diagnóstico, neste caso no SUMC-UHP é utilizado o Sistema de Triagem de *Manchester*. Assim, o utente chega ao SUMC-UHP com uma queixa e a partir dessa mesma queixa é selecionado um fluxograma, o mais específico possível em relação à queixa que o utente apresentou e posteriormente o profissional percorre os discriminadores do fluxograma, sendo a avaliação feita a partir da prioridade clínica mais elevada e por fim é atribuído uma cor (Grupo Português de Triagem, 2015). Assim, e de acordo com o Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril de 2016 “o Sistema de Triagem de *Manchester* assenta numa classificação dos doentes por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para atendimento” (Ministério da Saúde, 2016 a, p. 11816).

A cor vermelha significa emergente e é atribuída aos utentes que necessitam de atendimento imediato, sendo o tempo de espera de zero minutos; a cor laranja apresenta um tempo de espera de dez minutos e é atribuída aos utentes que necessitam de atendimento praticamente imediato, sendo classificada de muito urgente; os utentes que necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar são triados de cor amarela, sendo denominados de urgentes e com um tempo de espera de sessenta minutos; a cor verde apresenta um tempo de espera mais longo cerca de cento e vinte minutos sendo classificada de pouco urgente e é atribuída aos utentes que podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde. São também este tipo de utentes que pode ser-lhes atribuída a cor azul, uma vez, que a situação é considerada não urgente com um tempo de espera de cerca de duzentos e quarenta minutos (Grupo Português de Triagem, 2015).

Por fim existe ainda a cor branca, que é considerada “um atendimento eletivo, ou seja, procedimento que pode ser programado” (Ministério da Saúde, 2016 a, p. 11816). Importa referir que é fundamental desincentivar os utentes a dirigirem-se aos Serviços de Urgência nessas situações uma vez que sobrecarregam as unidades com situações pouco urgentes do ponto de vista clínico (Ministério da Saúde, 2016 a).

A nível do CHUA, E.P.E. podemos verificar que 40,7% dos atendimentos foram com a cor verde, azul ou branca atribuída. Verificamos também que a percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo previsto é cerca de 71,2%, uma melhoria significativa relacionando com o ano anterior (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019).

Nesta unidade hospitalar mais propriamente no SUMC está implementado o Sistema de Triagem de Manchester que contempla uma atribuição de cor de acordo com a sintomatologia que a pessoa apresenta. Através da tabela 2 podemos observar que mais de metade da população cerca de 54,74% recorreu aos serviços de urgência no ano de 2018 por situações urgentes, tendo os restantes 15,83% recorrido por situações não urgentes. Podemos ainda observar que em relação à atribuição da cor branca a percentagem de afluência diminui do ano de 2017 para 2018 cerca de 1,28% (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 b). No entanto, o valor atingido pelo SUMC-UHP de 7,55% fica cima do preconizado pelo Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril que refere que o objetivo dos serviços de urgência com classificação de cor branca deve atingir uma taxa de menos ou de 2% a partir do ano de 2017 sendo alvo de penalizações no âmbito dos contratos programa estabelecidos anualmente.

Tabela 2 - Percentagem da afluência por prioridades do SUMC-UHP

	2015	2016	2017	2018
Vermelho	0,37%	0,36%	0,35%	0,29%
Laranja	21,30%	21,27%	21,43%	21,58%
Amarelo	55,79%	56,07%	56,28%	54,74%
Verde	13,94%	12,60%	12,94%	15,10%
Azul	0,19%	0,23%	0,16%	0,73%
Branco	8,42%	9,47%	8,83%	7,55%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019 b)

Ainda em relação às triagens efetuadas, a tabela 3 mostra-nos as médias do cumprimento dos tempos de espera do SUMC-UHP que foram alvo de monitorização, tendo como objetivo uma melhoria contínua.

Tabela 3 - Tempos de espera do SUMC-UHP 2018

	Tempo de admissão- Início da primeira triagem	Tempo da primeira triagem	Tempo da primeira triagem- Última alta administrativa	Tempo da primeira triagem- Última alta final	Tempo da primeira triagem- Primeira observação médica
Média	0:09:03	0:02:31	5:23:17	5:09:00	1:25:30

Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019 b)

2.2. Unidade de Internamento de Doentes Agudos

As unidades de cuidados intermédios são caracterizadas por serem

“locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003 a, p.6).

A grande proveniência dos utentes da Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) é do serviço de urgência, sala de emergência/reanimação ou de serviços de internamento no caso de disfunção de órgão aguda ou crónica agudizada potencialmente reversível. O tempo de internamento não deve exceder as setenta e duas horas, estima-se ser o tempo necessário para a estabilização da pessoa.

2.2.1. Estrutura física e recursos materiais

Integrada no departamento de emergência/urgência e cuidados intensivos, a UIDA está localizada no piso um, próximo dos serviços de urgência, imagiologia, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

É constituída por duas salas (enfermarias), dotadas com a capacidade para receber nove doentes agudos e/ou críticos e três doentes do foro da medicina interna, respetivamente. As doze camas

disponíveis na UIDA estão dispostas com um sistema de boxes individualizadas e estão devidamente equipadas com camas elétricas, monitorização cardíaca e respiratória permanente, sistema de gases e aspiração por vácuo, suporte para soros, bombas e seringas perfusoras, de modo a assegurar assistência a situações clínicas com disfunção de órgão e/ou necessidade de intervenção farmacológica ativa como de cuidados de vigilância e monitorização avançados. Para além das duas enfermarias, a UIDA é constituída por uma arrecadação, sala de sujos, casa de banho dos utentes, gabinete da enfermeira chefe, armários de material, balcão de trabalho e balcão central que é utilizado para a realização de registos e onde se consegue ter uma maior vigilância do doente através do sistema de telemetria (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2015). É provida de material para realizar ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização contínua de eletrocardiograma, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva e não invasiva e cateterização venosa central e arterial.

2.2.2. Recursos humanos

No que diz respeito aos recursos humanos da UIDA, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos de várias especialidades através da sua colaboração (fisioterapeuta, técnico de cardiopneumologia, assistente social, dietista).

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um elementos, dos quais fazem parte a enfermeira chefe e a enfermeira que a substitui na sua ausência, sendo a mesma o elo de ligação à comissão de controlo de infeção. Os restantes dezanove elementos da equipa de enfermagem estão divididos por quatro equipas de trabalho.

A equipa médica é constituída pelo médico responsável e coordenador da UIDA, internista que desempenha funções de segunda a quinta-feira no período das 8 horas às 16 horas, prestando cuidados aos utentes do foro agudo/crítico (nove camas). Segundo o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto as unidades de cuidados intensivos devem prestar apoio no tratamento ao doente emergente/crítico. Assim a partir das 16 horas até às 8 horas do dia seguinte, feriados e fins-de-semana, a UIDA é da responsabilidade dos médicos escalados na unidade de cuidados intensivos. Os utentes do foro de medicina interna (três camas) têm seguimento por um médico especialista em medicina interna 24horas em escala de urgência. A visita médica é realizada no início e no final

do turno da manhã. A UIDA conta ainda com o apoio das diversas especialidades escaladas de urgência.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por dez elementos, dois no turno da manhã e da tarde e um no turno da noite. As tarefas dos assistentes operacionais encontram-se estipuladas nas normas de procedimentos vigentes na instituição e no serviço.

2.2.3. Metodologia de trabalho e registos de enfermagem

A metodologia de trabalho desenvolvida na UIDA, é o método individual de trabalho, praticado em toda a instituição tendo o modelo teórico de Nancy Roper como quadro de referência. O rácio enfermeiro: doente é de 1:3 nos turnos da manhã e da tarde e 1:4 no turno da noite. Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, em impresso próprio da unidade. A passagem de turno é sempre realizada na presença de todos os enfermeiros e aos pés do utente.

2.2.4. População-alvo

Através dos dados estatísticos obtidos podemos afirmar que durante o ano de 2018 deram entrada na unidade 813 doentes na UIDA, tendo-se obtido uma taxa de ocupação de 56,0% com uma demora média de internamento de 3,02% e uma taxa de reinternamento de 9,24% um total de 75 doentes reinternados. Em relação à taxa de mortalidade a unidade apresentou uma taxa de 5,91%, sendo 48 o número de óbitos (Gracias, 2019).

2.3. Análise da Produção de Cuidados

O CHUA, E.P.E. assenta em valores e princípios determinantes da atividade desenvolvida. Esta entidade rege-se por uma cultura de serviço público, centrada na pessoa e na satisfação do atendimento recebido, na equidade no acesso e utilização aos cuidados que disponibiliza, no

trabalho em equipa multidisciplinar, integrando os níveis de cuidados disponíveis na região, promovendo a adequação da prestação às necessidades das pessoas e o respeito pelos princípios éticos, pela dignidade humana, pelos direitos das pessoas e pela segurança e qualidade dos cuidados prestados (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019 b).

Assim todos os enfermeiros que exercem funções nesta instituição devem reger-se na sua prática clínica diária pelo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados e o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista os enfermeiros detetores de título de enfermeiro especialista.

No SUMC-UHP os enfermeiros são profissionais de saúde que realizam intervenções autónomas e interdependentes com vista à satisfação da pessoa. Neste sentido podemos correlacionar estas intervenções com a temática escolhida surgindo a necessidade de a equipa de enfermagem aplicar medidas não farmacológicas à pessoa no serviço de urgência com vista à prevenção do delirium bem como a sua identificação, avaliação e gestão. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC estabelece que o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar os problemas presentes e potenciais da PSC de forma célere, prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar, realizar de forma diferenciada a gestão da dor, devendo ainda maximizar a implementação de medidas de controlo e prevenção de infeção, sendo esta informação corroborada pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Assim, o papel do enfermeiro no encaminhamento da pessoa no SUMC-UHP é crucial na medida em que os cuidados prestados devem ser individualizados e de acordo com as necessidades que cada pessoa apresenta.

O método de trabalho no SUMC-UHP foi descrito no ponto 1.5.1. e rege-se pelo método individual de trabalho, no entanto, apesar de cada enfermeiro assegurar o posto para o qual é destacado toda a equipa desenvolve um espírito de ajuda com base nos benefícios que isso acarreta para a pessoa e com base na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A sala de emergência/reanimação assegura a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b). Assim, perante o exposto na sala de reanimação os enfermeiros para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica devem ser enfermeiros com maior grau de diferenciação, como exemplo disso são os enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica PSC que “mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2011b).

Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica requerem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b). No SUMC-UHP é exigido que o enfermeiro que assegura o posto da sala de emergência/reanimação tenha formação em suporte avançado ou imediato de vida e que seja portador de pelo menos seis meses de funções no serviço de urgência, caso já exerça funções na unidade hospitalar e um ano caso entre na unidade hospitalar de novo. Ao abrigo do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, os SUMC na sala de emergência devem apresentar uma equipa com formação especializada. Sabemos de antemão que esta situação por vezes é utópica e sendo a equipa de enfermagem muito jovem ou não têm formação ou possuem pouca experiência na prestação de cuidados ao doente crítico. Assim, se o enfermeiro escalado para a sala de emergência e reanimação não for portador de formação ou possui pouca experiência deve fazer-se acompanhar de um enfermeiro com mais experiência na área, de modo a assegurar cuidados com segurança e de qualidade para a pessoa.

Na UHP existe um núcleo de formadores em suporte básico de vida e SIV. O SUMC deve manter a formação permanente em suporte avançado de vida (Ministério da Saúde, 2014 a). Este núcleo é formado por formadores com experiência na área da pessoa em situação crítica. É uma formação de caráter obrigatório dentro da instituição com a duração de dois dias e com avaliação teórica e prática tendo de obter aproveitamento em ambas. Caso não obtenha aproveitamento o formando deve repetir a formação.

Em relação aos cuidados prestados na UHP, como foi dito anteriormente existe um aumento significativo da população na região essencialmente nos períodos de férias no que se traduz num

aumento de atendimentos a nível do serviço de urgência e que influencia consequentemente os cuidados prestados, uma vez que a população aumenta e em termos de recursos humanos tornam-se escassos para o aumento verificado. Tendo em conta esta situação a nível do CHUA tem existido um esforço por parte da instituição no sentido de adequar o número de recursos humanos para a população existente mantendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2018).

2.4. A Pessoa com Delirium: uma Problemática de Saúde Emergente

No decorrer da análise da produção de cuidados, onde foi identificada a questão do delirium, emerge a necessidade de trabalhar neste sentido, enquanto área prioritária e urgente onde a abordagem exige o desenvolvimento de formação para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O delirium é frequentemente observado em pessoas hospitalizadas, afetando maioritariamente pessoas de idade avançada, visto apresentarem uma taxa mais elevada de comorbilidades associadas. Segundo Han, Wilson & Eli (2010), atinge cerca de 7-10% de pessoas com mais de sessenta e cinco anos que recorrem ao serviço de urgência podendo ter consequências graves, bem como ameaça da sua qualidade de vida.

Carateriza-se por uma disfunção cerebral que resulta num declínio cognitivo, sendo um importante preditor/ indicador independente de mau prognóstico, devendo ser considerado uma emergência médica, pois pode ter como causa principal um problema grave potencialmente reversível. É frequentemente subdiagnosticado e negligenciado relacionando-se com um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, bem como um aumento dos custos e do tempo de internamento sendo que a longo prazo agrava as taxas de deterioração cognitiva e funcional alterando a qualidade de vida da pessoa (Cerejeira, 2016; Carrasco & Zalaquett (2017); Farina, Smithburger & Kane-Gill (2015)). Para Pereira *et al.*, (2016) o subdiagnóstico constitui-se como um problema, uma vez que as pessoas com delirium, que não são atempadamente identificadas, acabam por não beneficiar de um tratamento adequado, com todas as complicações que isso acarreta.

A prevalência do delirium é muito alta essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade. Estes indivíduos durante o internamento podem ter de 20% a 75% de hipóteses de falecerem ou uma taxa de mortalidade elevada após a alta hospitalar, sendo que mais de 15% morrem um mês após a alta e 25% morrem num prazo de seis meses (DSM-5, 2014). Esta problemática detém uma considerável relevância para a saúde pública, constituindo um alvo de intervenção para a melhoria dos cuidados de saúde e redução das despesas, sendo cada vez mais considerado um indicador da qualidade dos cuidados de saúde. Para Cerejeira (2016), o delirium aumenta significativamente a necessidade de cuidados de saúde à população, representando um acréscimo económico, comparável à diabetes mellitus e às quedas, calculado em mais de 50 000 euros/doente/ano.

O delirium é considerado uma emergência médica na medida em que a pessoa com o estado mental alterado por outras causas subjacentes pode colocar-se a si mesma em risco se não forem tidas como prioritárias. O primeiro contato com a pessoa na maioria das vezes é realizado no serviço de urgência, assim é fulcral que a equipa de enfermagem esteja familiarizada com a temática, como identificar e como gerir o delirium podendo contribuir para a diminuição dos riscos associados e para uma melhoria de cuidados de qualidade (Carrasco & Zalaquett, 2017). Assim, todas as pessoas admitidas no serviço de urgência que apresentem fatores predisponentes para o delirium ou que apresentem alteração do seu estado mental, bem como sonolência, agitação, orientação duvidosa ou alterações do comportamento devem ser consideradas de risco e realizada uma triagem no sentido de identificar ou não a presença de delirium (Ritter, Zoccoli, Lins, Cardoso, Freitas & Camargos, 2018). Neste sentido, capacitar os enfermeiros traz benefícios para os profissionais de saúde, para a instituição e para a pessoa, na medida em que são detentores de mais competências e conhecimentos para a prestação de melhores cuidados. São imprescindíveis a educação e a formação dos profissionais de saúde com o desenvolvimento de protocolos e formação de equipas com profissionais que permitam a prevenção, identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas (Prayce, Quaresma & Neto, 2018; Travers, Henderson, Graham & Beattie, 2017).

Assim, face a inexistência de documentos, guias orientadores acerca do delirium no serviço de urgência, torna-se essencial o desenvolvimento de um projeto no âmbito da qualidade e segurança onde constam estratégias que visam a prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa com delirium no serviço de urgência.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1. Enquadramento Conceptual e Teórico

Tendo em conta o nosso objetivo geral definido torna-se crucial a abordagem a alguns conceitos que deram estrutura a este trabalho final: segurança, qualidade e formação. Em Portugal a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde são consideradas como prioridades máximas. Desta forma, para além da abordagem dos conceitos mencionados e de uma fundamentação da temática, ou seja, de um enquadramento teórico, iremos abordar a teoria de enfermagem à qual nos ancoramos para relacionar com a temática escolhida.

3.1.1. Segurança nos cuidados

Com o aumento da esperança média de vida e o aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017).

A segurança assume-se como prioridade máxima e é considerada como um paradigma da qualidade dos cuidados prestados. É uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde com grande relevância, trazendo benefícios para os cidadãos bem como para os profissionais que querem prestar cuidados eficientes, efetivos e baseados na evidência. A prestação de cuidados de saúde com qualidade assenta na premissa de que os recursos existentes são utilizados de forma a que quem os utiliza e a sociedade obtenham o máximo de ganhos possível (Sousa, 2006). Ao abrigo do Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro

“o acesso a cuidados de saúde de qualidade, (...) é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (p.3882).

No entanto, é de realçar que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança, assentando em várias dimensões como a pertinência dos cuidados, a sua aceitabilidade

e acessibilidade, a sua prestação no momento adequado, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade (Ministério da Saúde, 2015 b).

A segurança é definida como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, sendo que o “mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p.14-15).

Para a classe profissional dos enfermeiros um ambiente de trabalho seguro assume-se como um ambiente favorável à sua prática. Assim, os enfermeiros exercem “a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Assembleia da República, 2015 a). A segurança da pessoa é fundamental para os cuidados de enfermagem de qualidade e para a qualidade na saúde (Internacional Council of Nurses [ICN], 2012).

A escassez de recursos humanos na instituição está diretamente correlacionada com o aumento de eventos adversos (acontecimentos que resultam em danos não intencionais para a pessoa) tais como: quedas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e taxas de readmissão que podem levar a um aumento do tempo de internamento e consequentemente a um aumento das taxas de mortalidade hospitalar. Também o fraco desempenho do pessoal devido a pouca motivação ou habilidades insuficientes são determinantes na segurança da pessoa (Internacional Council of Nurses, 2012).

A ocorrência de incidentes de segurança (“é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente”, (DGS, 2011, p. 15)) está ligada quer ao nível da cultura de segurança existente nas instituições, quer à sua organização, sendo que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde repercutindo nos doentes e famílias a nível físico, humano e emocional e com repercussões negativas a nível do sistema nacional de saúde e na sua economia (Ministério da Saúde, 2015 b).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde tem como prioridade a segurança do doente sendo que é fundamental a avaliação da cultura de segurança, com o intuito de direcionar as intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nas instituições (DGS, 2018 a).

A segurança dos cuidados de saúde é atualmente uma preocupação dos cidadãos, dos profissionais de saúde bem como das organizações de saúde. Neste sentido e ao abrigo do Despacho n.º 1400-A/2015 é criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que

“visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (p. 3882).

O Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 é assumido por cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde adaptando à sua organização e apresenta como objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2015 b) .

3.1.2. Qualidade nos cuidados

A qualidade está verdadeiramente ligada à segurança, sendo que não existirá qualidade sem segurança (Fragata, 2010). Uma das garantias de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português é referente à qualidade ligada à segurança dos cuidados de saúde sendo que como obrigação ética contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis bem como para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. (Ministério da Saúde, 2015 c).

Ao abrigo do Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio a qualidade em saúde é definida como

“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13550).

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e não é obtida somente através do exercício profissional dos enfermeiros bem como este não deve ser negligenciado ou esquecido. O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal do enfermeiro e a pessoa, sendo que neste âmbito o enfermeiro é distinguido pela sua formação, experiência, respeito pelo outro numa perspectiva multicultural abstendo-se de juízos de valor (OE, 2012). Assim, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa assentam em

“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores” (OE, 2012, p. 11).

Os padrões de qualidade de enfermagem encontram-se definidos, regulamentados e são apresentados aos cidadãos como o que estes podem esperar dos cuidados de enfermagem bem como o que cada enfermeiro deve fazer no sentido de um exercício profissional de qualidade (OE, 2012). Os enfermeiros de cuidados gerais regem-se pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e os enfermeiros na área de especialização médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica regem-se pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2015).

Estes padrões de qualidade assentam em sete categorias de enunciados descritivos que constituem para os doentes um quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e para os enfermeiros a orientação para uma prática profissional de excelência. Assim, os enunciados descritivos definidos são: a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2015).

Também as instituições de saúde devem adequar os recursos e criar estruturas de forma a proporcionar condições para um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e à implementação e consolidação de projetos de qualidade, sendo que apesar dos esforços desenvolvidos estão patentes algumas fragilidades (OE, 2012).

Assim, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 patente no Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, permite a criação de condições no Serviço Nacional de Saúde que propiciem o reconhecimento da qualidade e segurança dos seus serviços e cuidados prestados com vista à sua acreditação. A estratégia implementada incorpora todos os níveis de cuidados: cuidados curativos, reabilitação e paliativos, garantido o acesso à prestação de cuidados de saúde em condições adequadas às necessidades promovendo uma melhoria contínua da qualidade e segurança (Ministério da Saúde, 2015 c).

3.1.3. Formação

A enfermagem é uma profissão em constante desenvolvimento devido aos avanços tecnológicos e investigação. A formação base em enfermagem fornece-nos as qualificações necessárias para o nosso desempenho profissional, sendo que estas requerem um constante aperfeiçoamento e desenvolvimento. Para Ferraz, Vendruscolo & Marmett (2014) “o conhecimento não deve ser considerado como algo estático e sim como um processo dinâmico, que exige constante dedicação e comprometimento dos profissionais de enfermagem, já que o trabalho é baseado no cuidado à vida humana” (p. 197).

A formação em serviço é um processo contínuo, que se reflete no desenvolvimento de competências e é capaz de transformar práticas profissionais com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa. Em termos legislativos, a importância da formação em serviço no âmbito da enfermagem está patente no Decreto-Lei 248/2009, de 22 de setembro que define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Assim, o artigo 20.º, os números 1 e 2 consideram que a formação dos enfermeiros “assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação” e “deve ser planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços” (p. 6764).

A formação atualiza, qualifica, capacita e recicla o conhecimento teórico e prático dos enfermeiros sendo que vai influenciar a prestação de cuidados prestados, causando impacto na qualidade dos mesmos (Ferraz, Vendruscolo & Marmett, 2014). Assim, o enfermeiro desenvolve o

pensamento crítico e reflexivo e toma decisões baseadas na evidência científica e atual melhorando a prestação de cuidados ao indivíduo, à sua família e à comunidade (Martins *et al.*, 2012).

3.1.4. Teoria das transições

A história da enfermagem como disciplina bem como profissão tem evoluído bastante ao longo do tempo. A crescente necessidade de afirmar a Enfermagem como profissão surge com a necessidade de uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional. Assim, surgem as teorias de enfermagem com o intuito da existência de uma prática baseada na evidência (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria de enfermagem “é um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem” (p.7), sendo que os modelos conceituais fornecem diferentes perspectivas da enfermagem de acordo com as suas características. Algumas teorias de enfermagem derivam de outras disciplinas como a antropologia e a psiquiatria (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria atribui conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. Assim, com o aumento do conhecimento teórico os enfermeiros orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão na sua prática profissional podendo sair-se mais bem-sucedidos. A teoria clarifica valores, conduz à autonomia profissional e dirige os objetivos da prática do ensino e da investigação na enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Ancoramo-nos para sustentar a temática do delirium à teoria das transições de Afaf Meleis que ao se tratar de uma teoria de médio alcance pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender, interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática (Meleis, 2010). As teorias de médio alcance, apresentam um foco de interesse mais limitado e incluem pormenores característicos da prática de enfermagem pelo que são classificadas como o nível menos abstrato do conhecimento teórico. Estas possuem informações que nos indicam qual a situação ou estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária e a intervenção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo da nossa vida são inúmeras as situações de mudança a que estamos sujeitos, ou seja, ao longo do nosso ciclo vital surgem problemas, processos e resultados quer a nível individual ou

familiar. A teoria das transições surge com o intuito de compreender o fenómeno das transições e providenciar linhas orientadoras específicas para a prática de enfermagem e assim direccionar questões de pesquisa mais específicas (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A saúde “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (p.8). A procura do equilíbrio e de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca faz parte do processo dinâmico e contínuo. Assim, a saúde traduz-se no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural, sendo variável no tempo (OE, 2012). As mudanças na saúde e na doença criam um processo de transição tornando os indivíduos mais vulneráveis a riscos e às quais é necessário um processo de adaptação na procura de atingir um novo estado de equilíbrio, ou seja, a passagem de um estado para outro (Meleis, 2010).

A transição é um dos “conceitos centrais da enfermagem” e resulta em mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões que provocam vários significados, determinados pela perceção de cada pessoa (Meleis *et al.*, 2000).

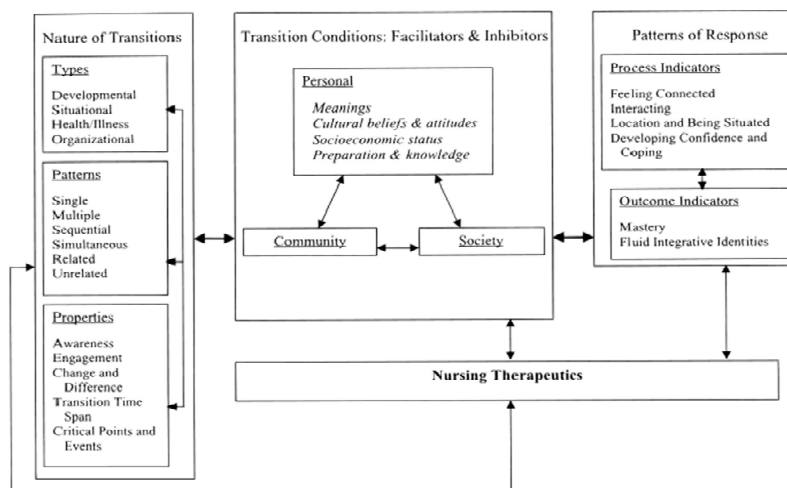
Define-se como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986, p. 239). Consiste na “passagem de uma situação estável para outra situação estável, através de um processo caracterizado por diferentes estadios dinâmicos, objetivos ou etapas, despoletados por uma mudança ou evento crítico”, sendo que os resultados da transição estão relacionados com as definições e redefinições do próprio, do seu conhecimento, da situação e da sua envolvimento (Meleis, 2010, p. 63).

O conceito de transição é transversal aos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, revestindo-se de uma importância central para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e arte, pelo que o enfermeiro deve assumir um papel de “facilitador das transições” (Santos *et al.*, 2015). Encontra-se implícito no REPE (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) bem como no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE tendo como base os conceitos fundamentais da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem).

As transições diferem de pessoa para pessoa e dependem da percepção da pessoa relativamente a essa mudança e da forma como esta é encarada e vivida por aquela pessoa. Todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. O período de transição ou intervalo de tempo da transição é outra propriedade desta teoria de médio alcance e é caracterizado por um período de tempo que se estende desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, por um período de instabilidade, confusão e angústia para um eventual ponto final levando a um novo início ou período de estabilidade. No entanto, é difícil, impossível ou mesmo contraproducente colocar limites no período de tempo de certas experiências de transição visto que nem sempre seguem a mesma trajetória (Chick & Meleis, 1986).

A estrutura da teoria de médio alcance de Afaf Meleis é constituída por três dimensões essenciais: a natureza da transição (tipo, padrão e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade), os padrões de resposta comuns das pessoas face à transição (indicadores de processo e indicadores de resultado), e as intervenções terapêuticas (Meleis *et al.*, 2000). A figura 3 representa o modelo explicativo da teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

Figura 3 - Modelo explicativo da teoria de médio alcance de Afaf Meleis



Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias, Hilfinger & Schumacher (2000) in *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory* (p. 17)

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimento (relacionadas com mudanças no ciclo vital, ocorrem na adolescência por exemplo), saúde/doença (associado a processos de saúde e de doença nomeadamente associado a doenças crónicas e recuperação após uma doença grave ou cirurgia), situacional (abrange situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamento por parte da pessoa e família, como o nascimento de um filho ou a morte de um familiar) e organizacional (mudanças nas condições ambientais que afetam a vida dos indivíduos, no ambiente social, político, económico e intra-organizacional) (Meleis *et al.*, 2000).

Podem ainda apresentar diferentes padrões: simples ou únicas (acontece quando a pessoa experiencia uma só transição num momento da sua vida), múltiplas (experiencia mais de um tipo de transição), sendo que estas podem ser sequenciais (ocorrendo em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas (ocorrem no mesmo intervalo de tempo). Podem ainda ser relacionadas ou não relacionadas. Muitas pessoas experienciam múltiplas transições ao invés de experimentarem uma única transição que não pode ser facilmente distinguida do contexto da sua vida diária (Meleis *et al.*, 2000).

As propriedades essenciais das experiências de transição estão inter-relacionadas como um processo complexo e incluem: a consciência, o envolvimento, a mudança e a diferença, períodos de transição e pontos críticos e eventos. A consciência está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência é frequentemente refletido no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e percepções de pessoas submetidas a transições semelhantes. A pessoa pode ter ou não consciência das mudanças que ocorrem, sendo que a sua ausência não significa necessariamente que a pessoa não iniciou a experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000).

O envolvimento é outra das propriedades da experiência da transição e refere-se ao grau em que uma pessoa demonstra envolvimento no processo inerente à transição, na procura de informações e na mudança proactiva das atividades. Assim, para Meleis *et al.* (2000), não existe envolvimento sem consciência, estão intimamente relacionados, uma vez que o nível de envolvimento de uma pessoa que tem consciência da mudança é diferente de uma pessoa que não tem essa consciência.

Todas as transições envolvem mudanças embora nem todas as mudanças estejam associadas a transições. A mudança como propriedade do processo de transição envolve a adaptação a novos papéis, relacionamentos, habilidades e comportamentos. Para compreender o processo de transição na íntegra, é essencial explicar os significados e influências das mudanças (natureza, temporalidade, importância ou gravidade percebida, normas e expectativas pessoais, familiares e sociais). Também as diferenças são sugeridas como propriedade do processo de transição. As diferenças poderiam ser demonstradas por expectativas não concretizadas, insatisfeitas ou atípicas (Meleis *et al.*, 2000).

A maioria das experiências de transição estão associadas a eventos ou acontecimentos determinantes na vida das pessoas: como o nascimento, a morte, a cessação da menstruação ou o diagnóstico de uma doença e que estão habitualmente associados a um aumento da consciencialização e conseqüentemente a um maior envolvimento em lidar com a experiência de transição. Os pontos críticos das experiências de transição estão frequentemente associados a um aumento da consciência da mudança ou envolvimento mais ativo em lidar com a experiência de transição. Os pontos críticos finais são caracterizados por um senso de estabilização em novas rotinas, habilidades, estilos de vida e atividades de autocuidado podendo haver um período de incerteza marcado por flutuações, mudanças contínuas e rupturas na realidade. Cada ponto crítico requer atenção, conhecimento e experiência por parte do enfermeiro (Meleis *et al.*, 2000).

Para entendermos o processo das transições é indispensável identificar quais os fatores que irão influenciar o decurso de uma dada experiência. Estes foram definidos de condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

A pessoa é um ser social e único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se com comportamentos baseados nos valores, crenças e nos desejos de natureza individual. Na procura do equilíbrio e da harmonia a pessoa interage com o ambiente modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo. No entanto, sendo a pessoa também centro de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica que, por sua vez, influencia o bem-estar da pessoa e o conforto físico. Assim, a pessoa deve ser encarada como um ser uni e indivisível (OE, 2012).

As condições pessoais dizem respeito aos significados atribuídos aos eventos (o juízo subjetivo e a avaliação do seu efeito na vida de cada pessoa, ao sentido atribuído ao próprio processo de

transição), crenças e atitudes, status socioeconómico (a dificuldade financeira, não impede a transição, mas pode potencialmente vir a ser uma barreira) e preparação e conhecimento (Meleis *et al.*, 2000).

A preparação prévia e o conhecimento sobre o que esperar durante a experiência de transição e que estratégias utilizar facilitam o processo de transição tornando-o numa condição facilitadora (Meleis *et al.*, 2000).

As pessoas vivem e desenvolvem-se num ambiente que é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais e que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Os enfermeiros na sua prática de cuidados não devem dissociar a sua intervenção da complexa interdependência que existe entre a pessoa e o ambiente (OE, 2012).

As condições da comunidade estão inseridas num ambiente e assumem recursos relacionados com suporte de amigos, pares e familiares, apoio dos profissionais de saúde essencialmente através do fornecimento de informação, equipamentos e instituições. A insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros pode influenciar o processo de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

No contexto social, a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos são os principais condicionantes inibidores sendo que é fulcral para os enfermeiros o conhecimento do ambiente social em que a pessoa está envolvida na medida em que lhes permite o desenvolvimento de intervenções terapêuticas adequadas (Meleis *et al.*, 2000).

Os padrões de resposta comportam os indicadores de processo e os indicadores de resultado, sendo através dos mesmos fornecidos modelos de resposta e possível avaliar o conhecimento acerca da transição, os recursos próprios e a forma como é encarada a mesma, sendo que também auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Meleis *et al.*, 2000).

Os indicadores de processo caracterizam as respostas de saúde, mobilizam a pessoa na direção da saúde e permitem ao enfermeiro avaliar a vulnerabilidade da pessoa e assim poder intervir precocemente no sentido de atingir resultados saudáveis. Estes assentam em: sentir-se ligado

(família, amigos e profissionais de saúde), a interação (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde e cuidadores diádes promovendo um contexto em que o autocuidado e cuidado podem ocorrer de forma eficaz e harmoniosa), o sentir-se localizado e situado (ser parte integrante do contexto em que está inserido) e o desenvolvimento de confiança e de adaptação através de estratégias de *coping* (Meleis *et al.*, 2000).

O desenvolvimento de confiança e de adaptação através de estratégias de *coping* é outra dimensão que reflete a natureza do processo de transição. O desenvolvimento da confiança manifesta-se no nível de compreensão e conhecimento mais aprofundado dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e limitações no nível de utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias de adaptação levando a uma adaptação mais eficaz e consequentemente uma vivência mais saudável da experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000).

Os indicadores de resultado dizem respeito à mestria e à integração fluida da identidade. A mestria é determinada pela adoção de comportamentos e habilidades da pessoa para gerir a nova situação a que está exposta demonstrando domínio. O nível de mestria e a incorporação fluida da identidade consistem numa mudança de foco, numa reformulação da identidade indicam a conclusão do processo de transição com um resultado saudável (Meleis *et al.*, 2000).

Os enfermeiros passam grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que experienciam transições pelo que são considerados agentes facilitadores deste processo de mudança. Assim, compete ao enfermeiro preparar e informar, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, 2010).

Neste sentido, as intervenções terapêuticas de enfermagem são as ações levadas a cabo pelo enfermeiro ao longo do processo de transição que consistem em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo uma transição pouco saudável. Aplicada às intervenções terapêuticas estão instituídas medidas: a avaliação da situação, a preparação para a intervenção e o papel de suplementação (Schumacher & Meleis, 1994).

No que respeita ao processo de transição saúde-doença, os enfermeiros devem assumir uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto (Santos *et al.*, 2015).

Relacionando a temática do delirium no serviço de urgência com a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, podemos constatar que a pessoa ao experienciar uma transição, uma mudança, uma alteração do seu comportamento face a um quadro de início súbito (delirium), consequentemente influencia o seu estado de saúde/equilíbrio. O papel do enfermeiro apresenta-se como um vetor facilitador no processo de transição na pessoa com delirium, uma vez que este avalia, planeia, implementa estratégias de prevenção e promove intervenções terapêuticas frente aos eventos de transição que a pessoa experiencia, com o objetivo de restabelecer a instabilidade gerada. Assim, permite e promove a adaptação da pessoa ao seu novo papel, conduzindo-o ao bem-estar, à ausência de sofrimento e maximização da qualidade de vida.

3.2. Fundamentação Teórica

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito, frequente nos utentes internados, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo subvalorizado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Assim, as barreiras identificadas pelos enfermeiros em relação do delirium prendem-se essencialmente com desconhecimento/falta de informação e, à não utilização de um instrumento de avaliação (Rowley-Conwy, 2017). Uma correta identificação e uma gestão adequada, bem como a implementação de protocolos de prevenção do delirium, são consideradas um desafio para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

O delirium caracteriza-se por uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia. A perturbação da consciência manifesta-se por uma redução da perceção do ambiente, da capacidade de focar, manter ou transferir sendo que a atenção está reduzida. A alteração da cognição pode manifestar-se através da diminuição da memória, mais evidente para a memória recente, desorientação geralmente no tempo ou no espaço e/ou perturbação da linguagem, como disartria, disnomia, disgrafia ou mesmo afasia. As perturbações da perceção estão ligadas a interpretações incorretas ou alucinações visuais, auditivas, tácteis, gustativas e olfativas. É crucial ter em conta o ambiente cultural e educacional do doente (DSM-5,2014; Faria & Moreno, 2013).

O estado de perturbação da consciência, cognição e percepção pode estar ligado a uma inversão completa do ciclo sono-vigília, que pode incluir sonolência diurna ou agitação noturna e dificuldade em adormecer (DSM-5, 2014). Muitas das vezes, o delirium é confundido com a demência, no entanto é imperioso que se faça a destrição entre ambos. A perturbação da consciência é comum no delirium, mas não está presente na demência, bem como o aparecimento e evolução dos défices cognitivos, no delirium é rápido levando dias ou horas, enquanto que na demência o aparecimento é mais gradual ou insidioso (DSM-5, 2014). A demência tende a desenvolver-se lentamente, é uma doença crónica, progressiva para a qual não há cura, ao passo que o delirium é caracterizado por alterações súbitas e reversível se as causas forem identificadas e tratáveis. Caso existam dúvidas no diagnóstico, o tratamento inicial deve ser orientado para o delirium (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014).

Segundo DSM-5 (2014), o delirium pode classificar-se como induzido por substâncias, ocorrendo alguns minutos ou horas após a toma de doses altas de certas drogas; abstinência de substâncias, que se manifesta após a redução ou cessação da utilização de altas doses de álcool ou de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas e delirium por múltiplas etiologias. O delirium por múltiplas etiologias, surge como a situação mais comum, especialmente nos utentes críticos em que o delirium tem mais de uma etiologia. A alteração de comportamento psicomotor está frequentemente ligada ao aparecimento do delirium. Assim, este pode essencialmente dividir-se em três subtipos: hiperativo, hipoativo e misto.

No delirium hiperativo, a pessoa apresenta atividade psicomotora aumentada, podendo manifestar alucinações, ideias delirantes e agitação. Neste tipo de delirium a segurança da própria pessoa está em risco, visto esta puder sair da cama, retirar dispositivos médicos, ter movimentos súbitos inadequados, sendo evidente respostas na pessoa como a taquicardia, dilatação pupilar, diaforese e ruborização facial. Quando a atividade psicomotora está diminuída, com sintomas como a lentificação, letargia podendo chegar ao estado estuporoso, resmungar consigo próprio, alucinações e gestos estamos perante o delirium hipoativo. Uma vez que a pessoa se encontra mais acamado, o risco de infeção e aparecimento de úlceras de pressão é maior. O tipo misto é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo (Carrasco & Zalaquett 2017; DSM-5, 2014; Prayce *et al.*, 2018; Urden, Stacy & Lough, 2008). Os sintomas do delirium são mais tipicamente a agitação, inquietação, ansiedade, irritabilidade, desorientação, falta de atenção ou perturbações do sono. O delirium é reversível quanto mais atempadamente for detetado e tratado,

assim pode desaparecer em poucas horas ou dias, ou pode persistir durante semanas ou meses podendo levar a estados de coma, estuporoso ou morte da pessoa (DSM-5, 2014).

Em Portugal, o delirium está pouco estudado sendo que o número de fatores de risco associados deve ser tomado em atenção para uma abordagem multifatorial. Assim, existem fatores de risco para o delirium modificáveis e não modificáveis (Faria & Moreno, 2013). Os fatores não modificáveis assentam essencialmente nas variáveis: idade, sexo, doenças crónicas entre outros, ou seja, são pré-existentes ao internamento, enquanto que os modificáveis assentam nos fatores que são passíveis de ser mudados/tratados, decorrem da situação de patologia aguda e/ou de causas iatrogénicas/ ambientais (NICE, 2014; Pereira *et al.*, 2016).

Assim, e fazendo analogia com o supracitado existem também fatores predisponentes e fatores precipitantes do delirium. Os fatores predisponentes são considerados fatores que correspondem à vulnerabilidade da pessoa desenvolver delirium como: idade superior a sessenta e cinco anos, demência, fragilidade, deterioração funcional, imobilidade e dependência nas atividades de vida diárias, comorbilidades, polifarmácia, défice sensorial e auditivo, sexo masculino, sintomas depressivos, abuso de álcool e/ou drogas, desnutrição, desidratação e neoplasia. Os fatores precipitantes por norma são reversíveis e são consistentemente identificadores do delirium: hipoxia, infeção, febre, hipotermia, retenção urinária ou obstipação, anemia, alterações hidroelectrolíticas e metabólicas, causas neurológicas, dor não controlada, trauma, imobilização prolongada, contenção física, mudança de ambiente e privação do sono. O delirium pode ser desencadeado por um fator isolado, no entanto é mais comum inter-relacionarem-se os fatores supramencionados (Carrasco & Zalaquett, 2017; Lôbo, Silva, Lima, Ferrioli & Moriguti, 2010).

Para Faria & Moreno (2013) a prevenção é primordial ao tratamento, a identificação precoce dos fatores de risco não só diminui a incidência do delirium como a sua severidade e a duração dos sintomas. O delirium pode ser a primeira manifestação de uma doença aguda potencialmente grave ainda mesmo antes do aparecimento de outros sintomas tais como: febre, taquicardia, taquipneia, hipoxia entre outros.

É fulcral uma anamnese completa e procurar saber se existe evidência de deterioração cognitiva bem como quando houve mudança ou alteração do estado de consciência (Carrasco & Zalaquett, 2017). É fundamental intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis/precipitantes, no sentido de diminuir a suscetibilidade das pessoas ao desenvolvimento do delirium (NICE, 2014). A

identificação de fatores de risco na admissão hospitalar é o primeiro passo para melhorar as estratégias de prevenção e diagnóstico e tem sido considerada como um indicador de qualidade e na melhoria da gestão do delirium a nível hospitalar (Carrasco & Zalaquett, 2017).

Avaliação do Delirium

O termo, síndrome confusional agudo ou doente confuso é aplicado muitas das vezes pelos profissionais de saúde a uma pessoa com delirium. É crucial que se avalie através de instrumentos de avaliação validados e se faça um diagnóstico correto, de modo a prevenir e/ ou tratar de melhor forma. Tendo em conta que esta síndrome é frequentemente subdiagnosticada a monitorização do delirium constitui um processo fundamental (Faria & Moreno 2013).

O reconhecimento precoce do delirium está diretamente relacionado com o grau de conhecimento e experiência dos enfermeiros podendo minimizar a ocorrência de eventos adversos para a pessoa se for identificado atempadamente. Para Ramoo *et al.* (2018), uma intervenção educacional simples como a formação poderia melhorar a qualidade dos cuidados prestados através de um maior conhecimento, avaliação, gestão do delirium e através do uso de instrumentos de avaliação validados.

Durante o internamento os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão mais próximos das pessoas, ocupando uma posição privilegiada para identificar quaisquer alterações ao nível do seu estado mental ou do seu comportamento (Ramoo *et al.*, 2018). Para Sampaio & Sequeira (2013), o papel do enfermeiro é fundamental no rastreio e na sua referência, uma vez que o delirium constitui uma emergência médica. A identificação do delirium deve ser realizada pelo uso de escalas, de instrumentos de avaliação que nos permitam efetuar um reconhecimento precoce permitindo a prestação de cuidados de suporte e tratamento de causas reversíveis (NICE, 2014). Assim, a educação/formação na equipa de enfermagem é necessária para aumentar o conhecimento e habilidades dos enfermeiros no uso de instrumentos de avaliação de forma eficaz (Ramoo *et al.*, 2018). Também para Hickin, White & Knopp-Sihota (2018), um aumento do conhecimento em relação ao uso de ferramentas de identificação do delirium pode ser um fator fundamental para redução da sua prevalência.

A avaliação do delirium apresenta-se fulcral não só como indicador de disfunção orgânica, mas também para prevenir lesões com o intuito de melhor adequar as medidas preventivas e

terapêuticas. Segundo Faria & Moreno (2013), sendo o delirium frequentemente subdiagnosticado, é extremamente importante a sua monitorização visto ter implicações prognósticas importantes para a pessoa. Assim, a capacidade de avaliar o delirium, de forma objetiva, clara e precisa, é uma componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo. No sentido de facilitar a avaliação do delirium, em 1990 o Dr. Sharon Inouye criou a *Confusion Assessment Method* (CAM). A CAM, é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal, apenas com quatro critérios, numa versão reduzida, sendo que estes são os principais permitindo o rastreio ou o diagnóstico da presença/ausência do delirium minimizando assim as consequências do subdiagnóstico desta condição patológica que se configura como uma emergência médica.

A CAM deve ser utilizada somente para fins de rastreio de delirium e é considerada um instrumento de avaliação, com uma boa sensibilidade e muito boa especificidade sendo simples de utilizar, ocupando cerca de dois minutos cada avaliação, mediante uma avaliação cognitiva prévia (Lôbo *et al.*, 2010; Ritter *et al.*, 2018; Sampaio & Sequeira, 2013). Pereira *et al.*, (2016), completa refutando a ideia de a escala ser de aplicação rápida, podendo assim ser aplicada uma vez por turno. A aplicabilidade da CAM no serviço de urgência pode aumentar a taxa de diagnóstico e reduzir a mortalidade associada ao delirium (Ritter *et al.*, 2018).

O delirium pode ser reversível, se a sua causa for identificada atempadamente e o tratamento baseia-se em medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas/terapêutica. Um reconhecimento precoce e o tratamento do agente condicionante possibilita, direcionar as intervenções quer não farmacológicas ou farmacológicas, sendo que os enfermeiros permanecem numa posição estratégica para a identificação do delirium de forma prematura, uma vez que passam muito tempo com a pessoa (Bento, Marques & Sousa, 2018).

Prevenção e medidas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas constituem todas as estratégias implementadas sem recurso a fármacos (Bannon *et al.*, 2016). A estratégia mais eficaz e amplamente recomendada é a prevenção primária por meio de uma abordagem não farmacológica abrangente, implementando protocolos padronizados, interdisciplinares e multifatoriais, sendo que estas medidas poderão não ser suficientes para obter um rigoroso controlo sintomático (Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce *et al.*, 2018).

Sendo o tratamento não farmacológico considerado a primeira abordagem para o tratamento do delirium e após a leitura de alguns estudos são algumas as intervenções/estratégias ambientais, sociais e comportamentais que adotadas podem ajudar no controlo do delirium na pessoa no serviço de urgência.

Em termos de declínio cognitivo e desorientação os enfermeiros devem intervir na orientação da pessoa, garantir um ambiente calmo, tranquilo, comunicar com a pessoa com um tom de voz calmo, sereno, transmitir confiança e segurança à pessoa, mostrar disponibilidade, reorientar no tempo e no espaço (explicando onde a pessoa está, quem é ele/a, qual o seu papel), lembrar à pessoa a data, o lugar e o motivo pelo qual está no hospital, adequar o ambiente mantendo iluminação apropriada à hora do dia, validar sentimentos da pessoa, estar desperto para os medos, angústias e alucinações da pessoa com a finalidade de ajudar a corrigir e/ou superar, evitar trocas de salas/camas ao mínimo e facilitar visitas regulares de familiares e amigos (Carrasco & Zalaquett, 2017; NICE 2014; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018). A constante interação da pessoa com o ambiente faz deste um fator importante para alcançar uma transição saudável, podendo surgir como facilitador ou inibidor (Meleis, 2010).

O défice visual e auditivo/ percepção sensorial é um dos fatores de risco que pode ser atenuado com a colocação das próteses auditivas ou visuais da pessoa melhorando a capacidade de perceberem o meio e interagirem com ele garantindo que estes equipamentos estejam em condições de funcionamento. A preservação do sono acaba por ser afetada quando a pessoa tem um diagnóstico de delirium, em que muitas vezes descansam durante o dia e no período noturno manifestam agitação, inquietação dependendo do tipo de delirium presente. Para que exista um bom padrão e higiene do sono deve-se evitar privações do sono utilizando medidas não farmacológicas, regular os ciclos de sono-vigília, reduzir estimulação do ambiente durante o período noturno, evitar procedimentos médicos ou de enfermagem no período noturno a não ser que sejam estritamente necessários e que coloquem em causa a vida do doente, agendar a medicação de modo a evitar perturbar o sono, reduzir o ruído ao mínimo durante o período de sono, manter o ambiente quente e possibilitar a ingestão de bebida quente à noite (Carrasco & Zalaquett, 2017; NICE 2014; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018).

A imobilização/diminuição da mobilidade da pessoa ao leito aumenta o delirium seja por contenção física ou por estar simplesmente acamada podendo aumentar o aparecimento do delirium bem como quando instalado o agravamento dos sintomas que este pode provocar.

Estratégias como estimular uma mobilização precoce/efetuar levantar a doentes em que a mesma seja possível, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão, manter a integridade da pele, manter a temperatura corporal, alternar posicionamentos de 4 em 4 horas, manter as atividades de vida diárias como os cuidados pessoais sempre no mesmo horário e minimizar ao máximo artefactos que limitem a sua mobilidade (sondas nasogástricas, contensões físicas, cateteres periféricos, sondas vesicais) (Carrasco & Zalaquett, 2017; NICE 2014; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018).

Para Prayce *et al.*, (2018), a contenção física não está só associada ao desenvolvimento de delirium, bem como à sua persistência. No entanto, na pessoa com grande agitação podendo mesmo colocar-se em risco a si própria ou a terceiros, quedas ou remoção de dispositivos invasivos deverá proceder-se à contenção química, ou seja, deverá ser administrada terapêutica farmacológica para controlo da agitação como primeira linha. Para Pereira *et al.* (2016), a utilização de dispositivos invasivos deve ser minimizada, ou o tempo de permanência deve ser o mais indispensável possível, visto que o uso dos mesmos aumenta o desenvolvimento do delirium na pessoa. Associado ao uso de dispositivos invasivos surge também o aparecimento de infeções, o que nos remete para a prestação de cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeções, cumprindo as normas e protocolos vigentes na instituição e tratar as infeções. Os enfermeiros especialistas têm uma maior responsabilidade neste sentido, visto ser uma das competências, K3 — “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 b, p. 2).

A desidratação também é considerada um fator de risco para o desenvolvimento do delirium. As intervenções de enfermagem neste sentido baseiam-se em manter um equilíbrio hidroelectrolítico, garantir uma ingestão adequada de líquidos que evite a pessoa a ficar desidratada, incentivando a pessoa a beber, considerar fluídos via subcutânea ou endovenosa se necessário ou caso a via oral esteja comprometida e vigiar o trânsito intestinal. Em termos nutricionais a pessoa desnutrida compromete a sua situação clínica e é considerada um risco visto poder desenvolver um quadro de delirium. Assim, as recomendações assentam em otimizar aportes nutricionais a pessoa, vigiar ingestão da alimentação, deve ser privilegiada a alimentação oral, adaptada a pessoa, mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, promover assistência para alimentar a pessoa caso seja necessário, colocar as próteses dentárias se for o caso, manter o horário das refeições, fornecer

suplementos nutricionais, em suma promover uma hidratação e nutrição adequadas à pessoa (Carrasco & Zalaquett, 2017; NICE 2014; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018). Os enfermeiros devem fomentar a alimentação pela via oral sempre que possível, quer seja adaptando o tipo de dieta à condição e às preferências das pessoas, quer seja mantendo uma higiene e hidratação da mucosa oral adequadas, evitando ao máximo a alimentação por sonda nasogástrica (Pereira *et al.*, 2016).

A hipoxia quando presente pode desencadear delirium, avaliar e assegurar uma adequada saturação de oxigénio é uma recomendação implementada para a prevenção do delirium bem como manter a via aérea permeável (Carrasco & Zalaquett, 2017).

A dor é considerada o quinto sinal vital e deve ser avaliado em todas as pessoas, especialmente naquelas que apresentam dificuldade em comunicar. Uma dor descontrolada pode por si só desencadear um quadro de delirium, assim é fundamental avaliar a dor de todas as pessoas, estar desperto para sinais não verbais de dor particularmente nas pessoas que não comunicam e avaliar através do uso de escalas que existem para o efeito e controlar a dor através de um tratamento adequado para cada pessoa (Carrasco & Zalaquett, 2017; NICE 2014; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018).

Outra das situações que deve ser descartada é a retenção urinária e a obstipação/fecalomas que podem precipitar ou exacerbar o delirium. Assim, devem ser implementadas estratégias que visem prevenir a retenção urinária e promover a função intestinal. Em casos de retenção urinária instalada, deve esvaziar-se a bexiga através da colocação de um cateter vesical para alívio do doente. Se a pessoa apresentar fecalomas, verificar se existe medicação que esteja a causar obstipação como é o caso dos opióides e resolver a situação da pessoa através da remoção dos mesmos para alívio da mesma (Rosen *et al.*, 2015). Os mesmos autores criaram uma mnemónica para ajudar os profissionais de saúde sobre a importância de avaliar fatores que possam contribuir para o aparecimento/desenvolvimento do delirium. A mnemónica baseia-se nas letras ABCDE que consistem em A- analgesia, B- bexiga/ retenção urinária, C- obstipação, D- desidratação, E- ambiente e F- medicação.

Os enfermeiros, são os profissionais de saúde com quem a pessoa lida maior parte do tempo, assim são estes que também devem promover uma maior ligação da família com a pessoa, sendo que caso esta não exista, o risco de propensão de delirium é maior. A presença da família, ou seja,

a promoção da visita de familiares/amigos, estimula a interação com o doente mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço (Martins, Simões & Fernandes, 2013). Assim, deve ser encorajada a permanência da família ou pessoa significativa com maior frequência e deve-se essencialmente explicar aos familiares todos os procedimentos efetuados, os fatores de risco do delirium, o processo de doença e toda a medicação envolvida. Cabe aos enfermeiros, assistir a pessoa e a família no evento gerador de mudança, ou seja, lidar com as transições que afetam a sua saúde, implementando intervenções que prestem ajuda efetiva e emergindo como um grande desafio para os mesmos (Meleis, 2012).

3.3. Metodologia de Projeto

A metodologia de projeto prevê uma mudança e tem como objetivo principal a resolução de problemas ou necessidades, promovendo a aprendizagem na medida em que se adquire capacidades e competências. O seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática, ou seja, é baseada na intervenção (Ferrito *et al.*, 2010).

A metodologia de projeto aplicada na área dos cuidados de saúde mais especificamente na Enfermagem envolve trabalho em grupo e um plano de trabalho com vista à resolução de problemas existentes (Ferrito *et al.*, 2010).

Para Ferrito *et al.*, (2010, p.6), o trabalho de projeto “é uma das metodologias que irá permitir ao estudante, estar simultaneamente em contexto prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de uma forma mais específica”. Assim, só através de um planeamento previamente bem estruturado, é possível direcionar a prática de modo a atingir os objetivos e a desenvolver as competências.

O presente relatório foi lavrado à luz da metodologia de projeto que contempla as seguintes fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

3.3.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia de projeto e pressupõe a identificação de um problema quer quantitativo ou qualitativo através da utilização de instrumentos de colheita e análise da informação estabelecendo prioridades e selecionando os recursos e os grupos intervenientes. Nesta primeira fase é primordial a realização de uma análise das necessidades da população a fim de desenvolver estratégias e ações de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar promovendo a capacidade, motivação e autonomia da população. Assim, para que sejam satisfeitas as necessidades da população é essencial mobilizar os recursos humanos para a mudança bem como incentivá-los na formação contínua para que possuam um bom nível de formação adequada às suas funções (Ferrito *et al.*, 2010).

O diagnóstico de situação é um processo contínuo, dinâmico, que corresponde às necessidades de saúde das populações e que deve ser realizado num tempo útil que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis (Ferrito *et al.*, 2010).

Este projeto de intervenção profissional tem como linha de investigação e ação “Segurança e Qualidade de Vida”. A escolha desta temática foi realizada concomitantemente com o enfermeiro orientador, com a enfermeira chefe do serviço de urgência e os respetivos enfermeiros chefes de equipa de enfermagem e teve como base o desconhecimento/falta de informação acerca da temática por parte da equipa de enfermagem, a deficiente identificação dos fatores de risco e a não utilização de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência.

Assim, através de reuniões informais com a enfermeira chefe do serviço de urgência e com o enfermeiro orientador, achámos pertinente a formação da equipa de enfermagem acerca da temática bem como a elaboração de uma proposta de norma de procedimento de enfermagem e um fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência, na medida em que serviria para uma uniformização dos cuidados de enfermagem.

A realização deste projeto de intervenção profissional teve início pelo pedido de autorização para a implementação à Comissão de Ética para a Saúde do CHUA, bem como autorização ao Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável (anexo 1). Para a elaboração e validação dos problemas aos quais pretendemos dar resposta, são inúmeros os métodos utilizados.

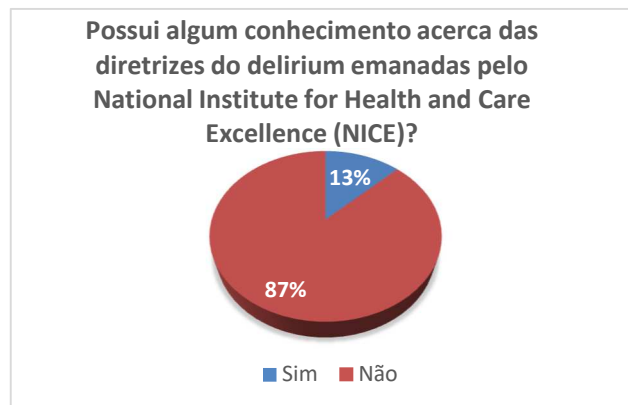
Para Ferrito *et al.* (2010, p. 13), “à utilização dos métodos, está implícita a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização”. Neste caso utilizamos como método para a realização do diagnóstico de situação o questionário (apêndice 4) de forma a identificar as necessidades da equipa de enfermagem e o método de análise *SWOT* que engloba os pontos fortes, pontos fracos oportunidades e ameaças (apêndice 5).

Assim, foram aplicados questionários à equipa de enfermagem do serviço de urgência após o seu consentimento informado para proceder à caracterização sociodemográfica, académica e profissional (idade, género, habilitações académicas, experiência profissional, tempo de exercício de funções no serviço de urgência da instituição) e validação da pertinência do estudo através da identificação de necessidades formativas na área da abordagem à pessoa com delirium no serviço de urgência.

Durante todo o processo foram cumpridos os princípios éticos relacionados com: o respeito pelos direitos dos participantes e a garantia da confidencialidade e o anonimato das respostas; o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes; o respeito pela autonomia dos participantes na realização deste projeto tendo sido dada a possibilidade de decidir a sua participação bem como o abandono do estudo em qualquer uma das fases e o cumprimento dos princípios da declaração de Helsínquia. Todos os participantes receberam o mesmo tipo de tratamento sem desigualdades ou qualquer tipo de discriminação tendo presente o princípio da justiça. Após a receção dos questionários, procedeu-se à introdução e ao tratamento dos dados obtidos na aplicação informática Excel e serão seguidamente apresentados.

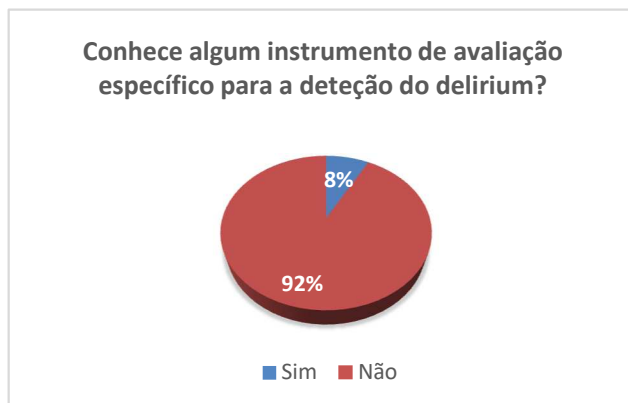
Em relação à pertinência do tema, os dados obtidos serviram de base para dar estrutura à temática em estudo. Assim, os resultados obtidos estão representados através dos gráficos 4, 5 e 6 e através da tabela 4.

Gráfico 4 - Pertinência do Tema



Fonte: (da própria)

Gráfico 5 - Pertinência do Tema



Fonte: (da própria)

Gráfico 6 - Pertinência do Tema



Fonte: (da própria)

No que diz respeito em avaliar a pertinência do tema em estudo, verifica-se através da análise dos dados obtidos que a grande maioria da população desconhecia algum instrumento de avaliação específico para a deteção do delirium cerca de 92% (58 enfermeiros) bem como os 87% (55 enfermeiros) que responderam não possuir conhecimento acerca das diretrizes do delirium emanadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Em termos de formação podemos afirmar que a equipa de enfermagem se mostrou recetiva a ter formação na área do delirium com uma percentagem de 94% correspondente a um universo de 59 enfermeiros. Podemos também verificar que é unânime entre os enfermeiros que formar a equipa de enfermagem na área do delirium iria melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa tendo 56% dos enfermeiros inquiridos concordado totalmente e 41% concordando com esta premissa. Para Faustino, Pedreira, Silva & Freitas (2016), através da formação da equipa é possível reduzir o impacto negativo associado ao delirium e garantir melhores resultados para as pessoas.

Tabela 4 - Pertinência do Tema

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Seria pertinente e útil a criação de documentos orientadores na área do delirium, bem como a sua disponibilização para a equipa de enfermagem no serviço de urgência.	2%	2%	47%	49%
A aplicação/implementação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência traria benefícios para os doentes, famílias e equipa multidisciplinar.	2%	3%	44%	51%
Seria importante a criação de um protocolo de atuação para o tratamento do delirium.	0%	5%	43%	52%
Formar a equipa de enfermagem na área do delirium iria melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa.	0%	3%	41%	56%
A avaliação do estado cognitivo da pessoa é importante para a sua prática de cuidados diária.	0%	2%	38%	60%

Fonte: (da própria)

Ainda para verificar a pertinência do tema e a sua aplicabilidade no serviço de urgência, os enfermeiros foram questionados se seria pertinente e útil a criação de documentos orientadores (norma, protocolo) na área do delirium, bem como a sua disponibilização para a equipa de

enfermagem tendo 31 enfermeiros, cerca de 49% respondido que concordavam totalmente e 47% que concordavam. Segundo Carrasco & Zalaquett (2017), a nível hospitalar a estratégia mais efetiva passa pela prevenção primária do delirium implementando protocolos standardizados, interdisciplinares e multifatoriais que podem vir a reduzir em 40% dos casos sendo um bom indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Apesar de grande maioria da equipa de enfermagem desconhecer um instrumento de avaliação do delirium, grande parte concordou totalmente (51%, 32 enfermeiros) que a aplicação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência traria benefícios não só para o doente como para a sua família e para os profissionais de saúde. A aplicabilidade da *Confusion Assessment Method* no serviço de urgência pode aumentar a taxa de diagnóstico de delirium e consequentemente reduzir a mortalidade associada (Ritter *et al.*, 2018). Para avaliarmos o delirium o primeiro passo é a avaliação do estado cognitivo da pessoa, sendo o declínio cognitivo que sinaliza o profissional para a realização de um rastreio de delirium com instrumentos diagnósticos (Prayce *et al.*, 2018). Assim, quando questionados se a avaliação do estado cognitivo da pessoa era importante para a prática diária de cuidados 60% dos enfermeiros concorda totalmente e 38% concorda com esta afirmação, há exceção de um enfermeiro que discorda.

3.3.2. População-alvo

Para a realização deste projeto foram convidados todos os enfermeiros a exercer funções no serviço de urgência médico-cirúrgico num hospital universitário a sul do país. Do total da população 69 enfermeiros, 63 responderam ao questionário de diagnóstico de situação/necessidades, os restantes 6 elementos encontravam-se de baixa por gravidez de risco, licença de maternidade e férias. Na tabela 5 é apresentada a caracterização da população.

Tabela 5 - Caraterização da população

		Percentagem (%)
Idade	[20-25[	14%
	[25-30[	25%
	[30-35[	35%
	[35-40[	13%
	[40-45[	9%

	[45-50]	2%
	[50-55]	2%
Género	Masculino	30%
	Feminino	70%
Tempo Experiência Profissional	[0-5[	28%
	[5-10[	30%
	[10-15[	29%
	[15-20[	5%
	[20-25[	6%
	[25-30[	0%
	[30-35]	2%
Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência –Unidade Hospitalar Portimão	[0-5[	46%
	[5-10[	30%
	[10-15[	18%
	[15-20[	6%
	[20-25]	0%
Título Profissional	Enfermeiro	73%
	Enfermeiro-Especialista	27%
	• Médico-Cirúrgica	65%
	• Saúde Comunitária	12%
	• Reabilitação	23%

Fonte: (da própria)

Através da análise dos dados obtidos podemos constatar que a população estudada em relação à idade é consideravelmente jovem na medida em que as suas idades se situam maioritariamente entre os 25 e os 35 anos, tendo uma representação de 60%. No intervalo dos 35 anos inclusive até aos 45 anos verifica-se uma percentagem de 22%, um total de 14 enfermeiros. No que concerne ao género, a população é maioritariamente feminina com uma representação de 70% sendo que os restantes 30% representam o género masculino.

Em termos de experiência profissional e relacionando a mesma com a idade da população, verifica-se que sendo a equipa de enfermagem bastante jovem os anos de experiência profissional situam-se essencialmente entre os 0 e os 15 anos representando cerca de 87% da população. Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência onde foi realizado o estudo, podemos afirmar que 46% da população, ou seja uma grande parte da equipa de enfermagem cerca de 29 enfermeiros exercem funções no serviço de urgência em Portimão entre os 0 e os 5 anos, 19 enfermeiros (30%) exercem funções entre 5 a 10 anos no serviço de urgência, 11 enfermeiros de 10 a 15 anos (18%) e 4 enfermeiros (6%) de 15 anos inclusive a 20 anos.

É de salientar que em termos de especialidade em enfermagem encontramos um número relativamente pequeno em relação à população existente, cerca de 27%, mais concretamente 17 enfermeiros são especialistas em enfermagem, sendo que 65% (11 enfermeiros) em enfermagem médico-cirúrgica, 23% (4 enfermeiros) em enfermagem comunitária e os restantes 12% correspondem a 2 enfermeiros que possuem a especialidade em reabilitação.

3.3.3. Definição de objetivos

Os objetivos devem ser formulados de acordo com os conhecimentos e capacidades a adquirir e referem-se a vastas e complexas competências amplas, sendo definidos consoante os diferentes níveis em que se enquadram (Ferrito *et al.*, 2010). Assim, tendo em conta o diagnóstico da situação efetuado no SUMC-UHP, definimos como objetivo geral: *melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.*

Por forma a conseguir alcançar-se com o maior sucesso possível o objetivo geral que foi traçado, foram delineados essencialmente três objetivos específicos. Estes baseiam-se em “indicadores de conhecimentos e aptidões, que os formandos devem adquirir” (Ferrito *et al.*, 2010, p. 18). Deste modo, objetivamos: *formar a equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com delirium no serviço de urgência, uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência com vista à melhoria dos cuidados através de uma proposta de norma de enfermagem e adquirir e consolidar as competências comuns, competências de mestre e competências específicas do enfermeiro em médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica.*

3.3.4. Planeamento

O planeamento é a terceira fase da metodologia de trabalho e deve dar resposta aos objetivos delineados anteriormente. É caracterizada pela realização de um esboço do projeto, bem como o levantamento dos recursos e das limitações do trabalho (Ferrito *et al.*, 2010). Para o cumprimento dos objetivos a que nos propusemos traçamos atividades e estratégias e também foi elaborado um cronograma (apêndice 2) para que todo o planeamento realizado ficasse mapeado e de modo

perceptível. Segundo Ferrito *et al.* (2010, p. 20), “o desenvolvimento do cronograma pode ser um processo interativo que determina as datas de início e de fim planejadas para as respectivas atividades a desenvolver durante o projeto. O desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto”. Assim, posteriormente serão apresentados os objetivos delineados bem como as atividades/estratégias desenvolvidas para o cumprimento dos mesmos.

1. FORMAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM À PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA;

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados, livros, sites sobre a evidência científica dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Reunir com a Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, Enfermeiro Orientador e Enfermeira responsável pela formação no serviço;
- Elaborar os questionários de diagnóstico de situação;
- Entregar os questionários à equipa de enfermagem;
- Planear a sessão de formação sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Calendarizar a sessão de formação;
- Divulgar a sessão de formação através dos chefes de equipa do serviço de urgência, e-mail e cartaz de divulgação exposto no serviço (apêndice 6);
- Elaborar o plano da sessão de formação (apêndice 7);
- Realizar da sessão de formação (apêndice 8);
- Realizar a sessão de formação à equipa de enfermagem;
- Avaliar a sessão de formação e os conhecimentos da equipa antes (apêndice 9) e após ser ministrada a formação (apêndice 10);
- Construir um dossier temático reunindo todo o material elaborado durante o estágio.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Enfermeira Chefe do SUMC-UHP;
- Equipa de enfermagem do SUMC-UHP;
- Enfermeiro Orientador;
- Enfermeira responsável pela formação no Serviço de Urgência.

Recursos Materiais:

- Livros, artigos científicos, bases de dados, papel, sala de formação, computador e projetor multimédia.

Indicadores de Avaliação:

- Realização das sessões de formação a pelo menos 40% da equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Preenchimento do teste de aferição de conhecimentos e do teste de avaliação das sessões de formação em serviço, do formador e dos conhecimentos adquiridos pelos formandos com as sessões de formação por, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem do serviço de urgência.

2. UNIFORMIZAR OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS À PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA COM VISTA À MELHORIA DOS CUIDADOS ATRAVÉS DA CRIAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE NORMA DE ENFERMAGEM;

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados, livros, sites sobre a evidência científica dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Elaborar a proposta de norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Elaborar um fluxograma de atuação sobre a identificação e gestão do delirium no serviço de urgência;
- Validar a proposta de norma de procedimento de enfermagem com a Enfermeira Chefe do serviço de urgência, enfermeiro orientador, enfermeira supervisora e professora orientadora;
- Elaborar a versão final da norma de procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Apresentar a versão final da norma de procedimento de enfermagem bem como o fluxograma de atuação à equipa de enfermagem do serviço de urgência.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Equipa de Enfermagem do SUMC-UHP;
- Enfermeira Chefe do SUMC-UHP;
- Enfermeiro Orientador;
- Enfermeira Supervisora.

Recursos Materiais:

- Livros, artigos científicos, bases de dados, papel, sala de formação, computador e projetor multimédia.

Indicadores de Avaliação:

- Elaboração da norma de procedimento de enfermagem acerca da pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Elaboração do fluxograma de atuação para identificar e gerir o delirium no serviço de urgência.

3. ADQUIRIR E CONSOLIDAR AS COMPETÊNCIAS COMUNS, COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Elaborar o projeto de estágio;
- Entregar o projeto de estágio;
- Entregar o pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde do CHUA;
- Executar o projeto de estágio através da realização das atividades/estratégias delineadas para aquisição e consolidação das competências comuns, de mestre e específicas do enfermeiro em médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica;
- Elaborar um artigo científico sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Equipa de Enfermagem do SUMC-UHP;

- Enfermeira Chefe do SUMC-UHP;
- Enfermeiro Orientador;
- Comissão de Ética do CHUA;
- Conselho de Administração do CHUA.

Recursos Materiais:

- Livros, artigos científicos, bases de dados, papel, sala de formação, computador e projetor multimédia.

Indicadores de Avaliação:

- Concretização das atividades delineadas de forma a adquirir as competências comuns, específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica e de mestre em Enfermagem;
- Elaboração do artigo científico sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência.

3.3.5. Execução e Avaliação

A fase posterior ao planeamento é designada de execução da metodologia de projeto e, é onde tudo o que foi planeado é colocado em prática. Esta fase é de extrema importância para os participantes visto que “possibilita a realização das suas vontades e necessidades através de acções planeadas” (Ferrito *et al.*, 2010, p. 23). É uma etapa onde se esperam muitos resultados em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências e é considerada a parte da metodologia de projeto mais proveitosa, no entanto a que está associada a mais trabalho realizado (Ferrito *et al.*, 2010).

A avaliação é considerada a penúltima fase da metodologia de projeto. Esta etapa é caracterizada por ser um processo dinâmico que implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão e o momento onde todo o trabalho desenvolvido é questionado.

Nesta fase distinguem-se vários momentos como a avaliação intermédia que é realizada em simultâneo com a fase da execução e a avaliação final. No entanto para que este plano cumpra os

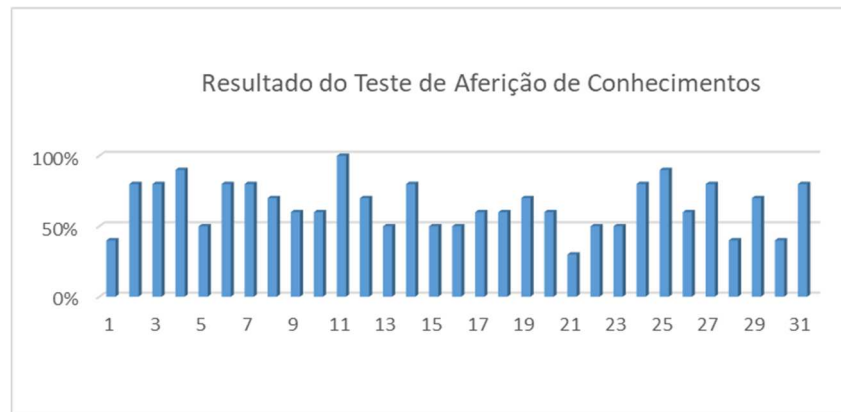
seus objetivos, é essencial também que seja efetuada uma avaliação contínua do mesmo, que nos permita averiguar se as estratégias definidas são, de facto, eficazes ou se será necessário mudar a forma de ação com vista a atingir os objetivos propostos (Ferrito *et al.*, 2010).

Para avaliar o projeto é essencial verificar a consecução dos objetivos que deram propósito à execução do trabalho e questionar a sua pertinência e utilidade (Ferrito *et al.*, 2010). Assim, seguidamente iremos explicar cada objetivo específico e como foram alcançados.

Em relação à execução dos objetivos propostos, podemos verificar que em relação ao objetivo 1 **“Formar a equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com delirium no serviço de urgência”**, toda a equipa de enfermagem foi convidada a participar na formação em serviço da temática em estudo através de email e cartaz de divulgação de sessão afixado no serviço. Foram agendadas duas formações no mesmo dia, embora com horários diferentes para que houvesse maior oportunidade de participação. Face a um número reduzido de presenças nas formações em serviço agendadas foram realizadas à posteriori 8 sessões de formação em serviço mais individualizadas durante o horário de trabalho com o intuito de aumentar esse número. Estas formações realizadas foram sugestão da enfermeira responsável da formação do serviço de urgência, na medida em que o tema pudesse ir de encontro aos enfermeiros de várias equipas. Antes de dar início à formação teórica foi entregue um teste de aferição de conhecimentos acerca da temática em estudo. Posteriormente à realização do teste de aferição foi apresentada a formação em serviço evidenciando a temática e a proposta de norma de enfermagem desenvolvida bem como o fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência. No final da apresentação foi fornecido aos participantes um teste de avaliação da sessão formativa que contempla o teste de aferição de conhecimentos fornecido no início da formação de modo a comparar se houve evolução positiva neste sentido e avaliação da sessão formativa e formadora. Os resultados vão ser seguidamente apresentados.

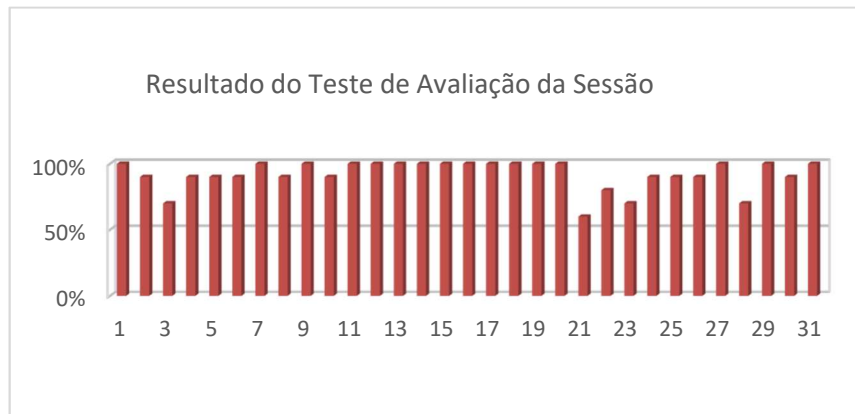
Apesar dos 63 enfermeiros de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico que deram resposta ao questionário de diagnóstico de situação, 31 foram o número de enfermeiros que frequentaram a formação, o que corresponde a 45% da totalidade da equipa. No que diz respeito à avaliação dos enfermeiros antes e após a formação ministrada os resultados obtidos apresentam-se nos gráficos 7 e 8, sendo que o gráfico 9 representa uma análise comparativa entre ambos.

Gráfico 7 - Resultado do Teste de Aferição de Conhecimentos



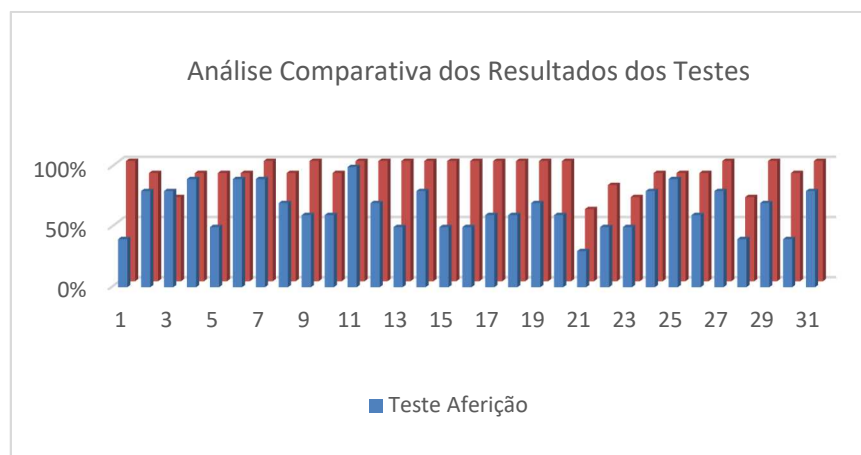
Fonte: (da própria)

Gráfico 8 - Resultado do Teste de Avaliação da Sessão



Fonte: (da própria)

Gráfico 9 - Análise Comparativa dos Resultados dos Testes



Fonte: (da própria)

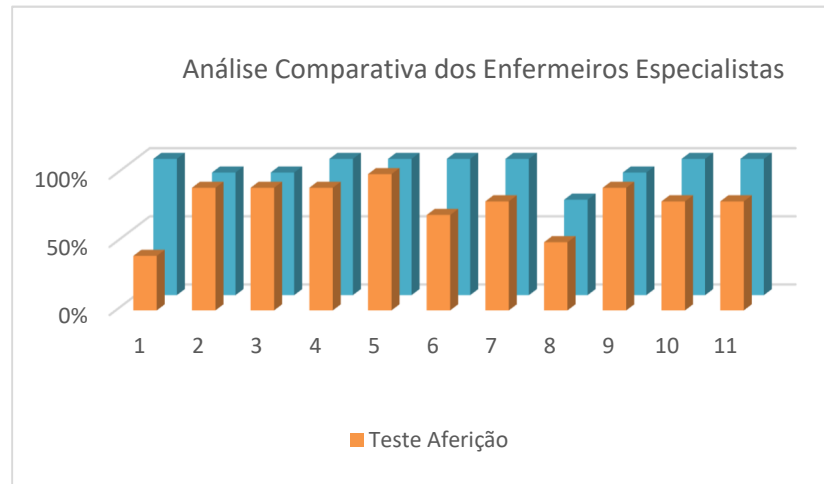
Os resultados do teste de aferição de conhecimentos realizado antes da formação variam entre os 40% e os 100%, salientando que apenas um participante atingiu o valor de 100%. Assim, a média dos resultados do teste de aferição é de 65%. Após a formação podemos então verificar que existiu uma melhoria significativa e notória, onde passamos de uma média no teste de aferição de conhecimentos de 65% para uma média de 92% do teste de avaliação da sessão.

Para Ferraz, Vendruscolo & Marmett (2014) “o conhecimento não deve ser considerado como algo estático e sim como um processo dinâmico, que exige constante dedicação e comprometimento dos profissionais de enfermagem, já que o trabalho é baseado no cuidado à vida humana” (p. 197).

Houve na generalidade uma melhoria significativa de um teste para o outro, no entanto é de salientar que o participante 4, manteve o resultado em ambos os testes bem como o participante 6, 11 e 25, sendo que o participante 11 obteve o valor máximo. Verificamos também que o participante 3 obteve melhor resultado no teste de aferição de conhecimentos do que no teste de avaliação da sessão, tendo passado de 80% para 70%. Pensa-se que esta descida se deve ao facto de estar pouco motivado com a temática abordada, distração ou até mesmo pelo facto como foi dito anteriormente algumas das sessões de formação foram realizadas em contexto de trabalho/horário de trabalho visto o número inicial de adesão à formação em serviço ser bastante reduzido. No entanto, o serviço durante a realização das mesmas esteve com bastante afluência de utentes motivo pelo qual os participantes poderiam estar menos disponíveis para formação. Assim, no geral existiu uma melhoria significativa nos participantes de um teste para o outro, variando entre os 10% e os 60% e representado por uma média geral de melhoria de 27%.

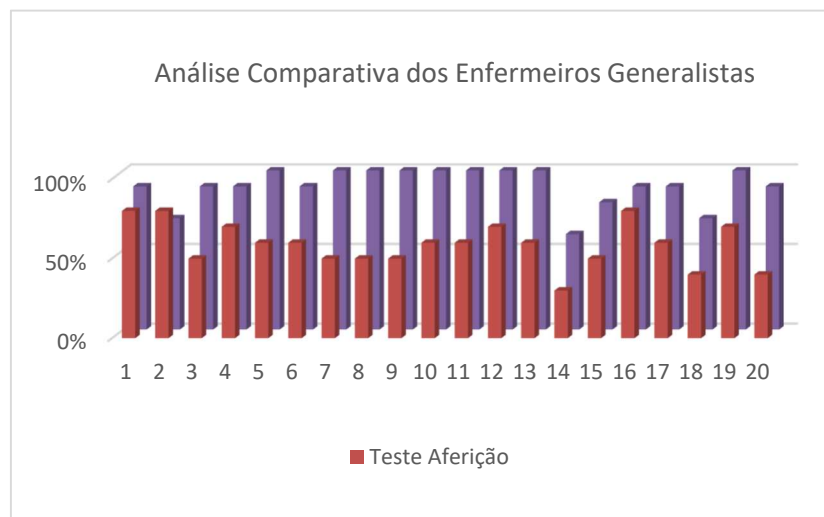
Tendo em conta que participaram na formação cerca de 65% de enfermeiros especialistas do Serviço de Urgência consideramos pertinente avaliar os conhecimentos dos enfermeiros especialistas bem como dos generalistas antes e após a sessão formativa e compará-los. Os resultados obtidos estão representados nos gráficos 10, 11 e 12.

Gráfico 10 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Especialistas



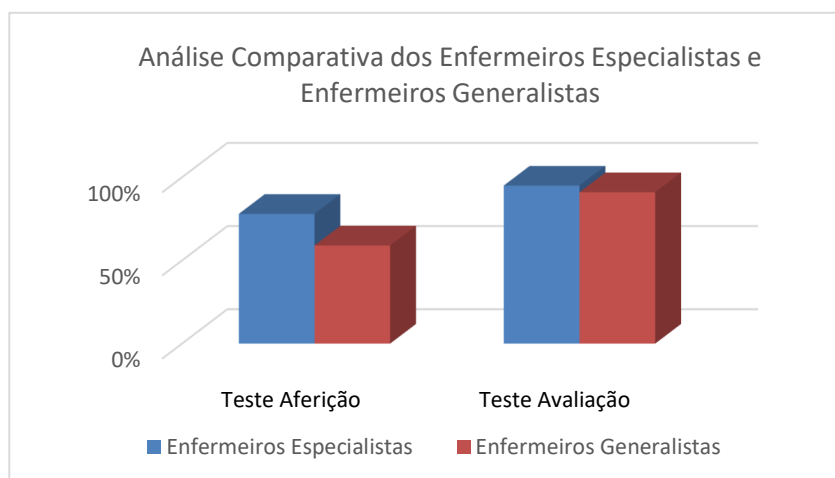
Fonte: (da própria)

Gráfico 11 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Generalistas



Fonte: (da própria)

Gráfico 12 - Análise Comparativa dos Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros Generalistas



Fonte: (da própria)

Segundo Faustino *et al.* (2016), a equipa de enfermagem ocupa um lugar de destaque perante a pessoa com delirium, sendo considerada a categoria profissional que mais tempo está com a pessoa encontrando-se numa posição privilegiada para instituir medidas preventivas, identificar precocemente sinais de delirium, aplicar escalas validadas e acompanhar a evolução do quadro, implementando intervenções apropriadas para reduzir a sua duração. O reconhecimento rápido e a aplicação de medidas não farmacológicas podem garantir um melhor prognóstico para a pessoa minimizando a ocorrência de eventos adversos.

Como o número de participantes especialistas nas formações ministradas acabou por ser evidente, ou seja, em 17 enfermeiros especialistas existentes no serviço de urgência, nas formações que foram apresentadas obteve-se um número razoável de 11 participantes com especialidade. Assim, achou-se pertinente aferir os conhecimentos dos enfermeiros especialistas versus enfermeiros generalistas. Podemos verificar que existiu melhoria dos resultados do teste de aferição (média de 78%) para o teste de avaliação (95%), resultando de uma média cerca de 17% de melhoria após a formação dos enfermeiros especialistas. Salienta-se os participantes 2, 3, 5 e 9 com os mesmos resultados em ambos os testes, sendo que o participante 5 obteve o valor máximo em ambos.

Contrapondo com os enfermeiros generalistas onde também se verificou uma melhoria significativa com uma média de 59% no teste de aferição de conhecimentos para uma média de

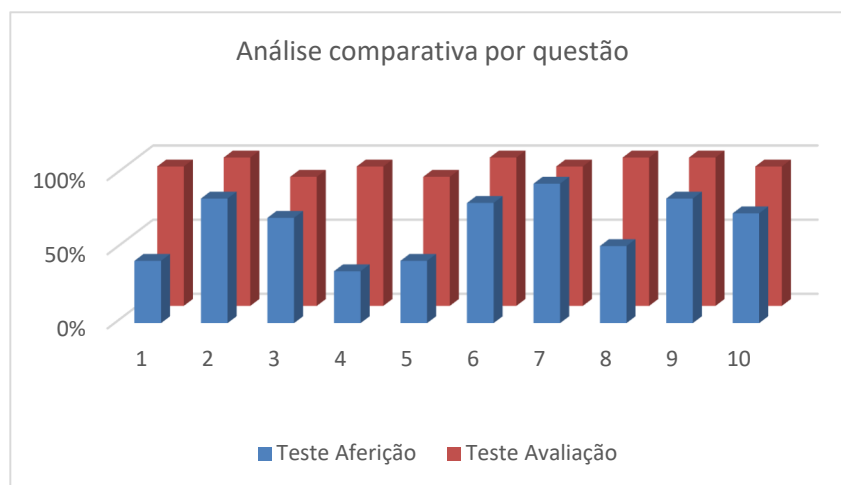
91% no teste de avaliação resultando uma média de melhoria após a formação de 32%, destacando-se o participante 2 que do teste inicial para o teste final diminui a sua avaliação.

Segundo os dados analisados os enfermeiros especialistas são maiores detentores de conhecimento na temática abordada antes da formação face aos enfermeiros generalistas. Segundo Pereira *et al.* (2016) “os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, tem responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro que contribua para diminuir a ocorrência do delirium” (p.30). Os enfermeiros especialistas que participaram na formação são das áreas de especialidade enfermagem médico-cirúrgica (8 participantes), enfermagem comunitária (1 participante) e enfermagem de reabilitação (2 participantes). Salienta-se que o participante especialista em enfermagem comunitária foi quem obteve menor classificação em ambos os testes. Não existiram diferenças relevantes entre os participantes especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de reabilitação.

De realçar ainda que a percentagem da melhoria após a formação dos enfermeiros generalistas é mais elevada face à dos enfermeiros especialistas, sendo que mais uma vez se confirma que estes no início da formação possuíam um menor nível de conhecimentos em relação à temática face aos enfermeiros especialistas, o que no nosso entender pode dever-se à experiência profissional, sendo que os enfermeiros especialistas que participaram na formação são enfermeiros que possuem uma experiência profissional e tempo de exercício profissional no serviço de urgência em Portimão acima dos dez anos.

Torna-se então imprescindível e fundamental a “educação e formação dos profissionais de saúde, com desenvolvimento de protocolos e formação de equipas com profissionais que permitam a prevenção, identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas” (Prayce *et al.*, 2018, p. 57). De forma a permitir uma análise mais detalhada o gráfico 13 representa os dados obtidos antes e após a sessão de cada questão que constituía o teste.

Gráfico 13 - Análise comparativa por questão



Fonte: (da própria)

Por fim e de forma a realizar uma análise mais detalhada achou-se pertinente fazer referência às questões colocadas em ambos os testes e perceber em quais existiu melhoria significativa. Podemos então constatar que as questões 1 (definição de delirium), 4 (escala de diagnóstico *Confusion Assessment Method*), 5 (abordagem não terapêutica) e 8 (fármacos para controlo do delirium hiperativo) foram as que no teste de aferição tiveram uma classificação mais baixa, sendo que no teste de avaliação da sessão existiu uma evolução bastante positiva. As questões 2 (classificação do delirium), 6 (consequências do delirium), 8 (fármacos para controlo do delirium hiperativo) e 9 (contenção física no delirium) no teste de avaliação apresentaram um score máximo tendo todos os participantes tido correta.

Podemos também verificar através das tabelas 6 e 7 achou-se pertinente avaliar a formação no seu todo bem como a performance da formadora e se a formação contribuiu para a melhoria dos conhecimentos bem como dos cuidados prestados à pessoa.

Tabela 6 - Avaliação Global

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação global da formação	0%	0%	13%	87%
Avaliação global da formadora	0%	0%	3%	97%

Fonte: (da própria)

Tabela 7 - Contribuição da formação

Afirmações	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A realização dessa formação sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência contribuiu para melhorar os seus conhecimentos acerca da temática.	0%	0%	10%	90%
A realização desta formação sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência contribuiu para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.	0%	0%	6%	94%

Fonte: (da própria)

No questionário de avaliação da sessão que foi entregue no final da formação achou-se pertinente avaliar a formação no seu geral bem como a prestação da formadora. Como se pode verificar através da tabela 3 as avaliações globais da formação bem como da formadora revelam-se positivas 87% e 97% respetivamente. Para além destes parâmetros avaliados, foi igualmente pedido aos participantes a sua opinião acerca da contribuição da sessão de formação. Assim, podemos verificar que cerca de 90% dos enfermeiros que participaram na formação concordam totalmente que a formação melhorou os seus conhecimentos acerca da temática abordada assim como 94% concordou totalmente que a realização da formação contribuiu para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

Importa referir alguns comentários que foram escritos no questionário de avaliação da sessão em espaço próprio pelos enfermeiros acerca da formação ministrada: “Formação muito pertinente e útil”; “O tema abordado foi muito bem selecionado”; “Tema pertinente dada a realidade existente no serviço de urgência de Portimão” e “A formação do delirium deveria ser estendida/divulgada a todos os serviços dada a sua pertinência”; “Estas pequenas sessões de formação são muito positivas para incentivar a participação dos enfermeiros e para a partilha de informação”. O último comentário surge da necessidade que houve em realizar sessões individualizadas no sentido de colmatar o número reduzido que frequentou as sessões agendadas, podendo verificar-se que a equipa esteve sempre recetiva à formação.

Relativamente ao objetivo 2 **“Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência com vista à melhoria dos cuidados através da criação de uma proposta de norma de enfermagem”** foi desenvolvida uma proposta de norma de cuidados de

enfermagem à pessoa com delirium no serviço de urgência (apêndice 11) assim como um fluxograma de identificação e gestão do delirium (apêndice 12) ambos apresentados na formação em serviço. A construção de uma proposta de norma serviu para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência sendo que não existia nenhum documento que suportasse os mesmos. O fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência foi desenvolvido com o objetivo de se tornar um instrumento de trabalho útil e prático no serviço de urgência de modo a identificar a presença de delirium através da aplicação da escala apresentada, abordagem não terapêutica que pode e deve ser realizada pela equipa de enfermagem e o recurso às medidas farmacológicas, qual a terapêutica mais utilizada, quais as doses e a sua frequência de administração. Assim, podemos verificar que atingimos este objetivo na totalidade.

O objetivo 3 **“Adquirir e consolidar as competências comuns, competências de mestre e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica”**, foi concretizado na sua totalidade na medida em que durante os estágios foram realizadas as atividades/estratégias delineadas nos projetos de estágio elaborados para aquisição e consolidação das competências comuns, de mestre e específicas do enfermeiro em médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica. Também a elaboração de um artigo científico sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência contribui para a conquista deste objetivo na sua plenitude.

3.3.6. Conclusão

O delirium é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo frequente na maioria dos serviços hospitalares. A sua presença implica desafios na gestão, tomada de decisão, diagnóstico e tratamento. É uma condição de saúde que aumenta o tempo de internamento, os custos e as taxas de mortalidade, apresentando taxas de subdiagnóstico elevadas, sendo que as recomendações emanadas são pouco aplicadas em contexto prático.

Este pode ser reversível em 50% dos casos identificados, embora a prevenção através da identificação de fatores de risco, identificação e avaliação através do uso de escalas validadas e a sua gestão com a implementação de medidas não farmacológicas são consideradas um desafio para

a equipa de enfermagem com o intuito de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa. O delirium representa uma emergência e têm bastante impacto na vida da pessoa, de modo que o conhecimento por parte da equipa multiprofissional é de grande importância.

A formação em serviço foi um utensílio fundamental no projeto apresentado que permitiu adquirir/aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem garantindo a aquisição ou melhoria das suas competências, bem como o seu desempenho a nível da prática profissional. Verificou-se também que a sensibilização da equipa face a esta temática poderá trazer inúmeros benefícios para a pessoa, na medida em que a equipa já possui conhecimentos suficientes para melhorar os cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência. Espera-se que com o conhecimento adquirido e a consciencialização por parte da equipa de enfermagem de que o delirium é um problema grave e preditor de um aumento da taxa de mortalidade que as ações de enfermagem neste sentido sejam efetivas para a prevenção do delirium.

O estudo apresentado teve o fator tempo como uma grande limitação associada, ou seja, o facto de ter sido elaborado num curto período de tempo, o cumprimento do cronograma efetuado bem como a motivação e disponibilidade dos enfermeiros influenciou o número de enfermeiros na formação, ainda que face a esta situação foi tentado o maior número de participantes através das formações realizadas no serviço de forma mais individualizada.

Sugerem-se estudos futuros que avaliem a prevalência do delirium nos serviços de urgência embora não apenas com população idosa, sendo que existem, mas são escassos, de modo a justificar a pertinência da formação dos profissionais que exercem funções nestes serviços, bem como estudos futuros na ação do enfermeiro, medidas não farmacológicas perante a pessoa com delirium no serviço de urgência, quais os benefícios.

A realização da formação à equipa de enfermagem, assim como a elaboração da proposta de norma que se espera que seja implementada em associação com a elaboração de um fluxograma de atuação com base na identificação e gestão do delirium no serviço de urgência foram elementos chave durante o decorrer da minha permanência no serviço e que contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

Assim e tendo em conta o que foi realizado e com os resultados obtidos consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram cumpridos na sua totalidade. No final do estudo podemos verificar que a equipa de enfermagem está motivada para dar continuidade ao projeto implementado bem como o seu nível de conhecimentos acerca da temática está num patamar superior melhorando a qualidade e a segurança de todas as pessoas que estão no serviço de urgência e desenvolvem quadros de delirium, resultando sem dúvida numa mais valia para o serviço de urgência.

3.3.7. Divulgação dos resultados

A última fase do processo de metodologia de projeto é designada de divulgação de resultados e constitui um “dever ético do investigador” (Ferrito *et al.*, 2010, p. 34). Esta fase na enfermagem assume um papel fundamental no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria dos cuidados prestados. Surge como forma de sensibilização para o problema que estava em causa, servindo de exemplo a seguir. É nesta etapa que tanto a população alvo bem como a população em geral tem conhecimento sobre o que foi feito e as estratégias utilizadas, valorizando o projeto (Ferrito *et al.*, 2010).

Uma das formas de divulgação dos resultados é através da realização de um relatório de projeto que “consiste num trabalho escrito, onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal, não deve ser desvalorizada a sua importância” (p.32). Assim, de forma a divulgar os resultados obtidos da implementação do projeto realizado no serviço de urgência foi realizado o relatório de estágio que consistiu no culminar de todo o trabalho realizado nos estágios bem como a construção de um artigo científico (apêndice 13). Foi elaborado um dossier temático onde constam todos os trabalhos realizados durante o estágio: proposta de norma de procedimento de enfermagem, fluxograma de identificação e gestão do delirium, fundamentação teórica bem como a formação ministrada à equipa de enfermagem e o artigo científico tendo sido entregue no serviço ficando sob consulta de qualquer elemento da equipa. Também foram impressos fluxogramas e colocados nas áreas de decisão clínica e balcão de modo a estar mais acessível e visível para os profissionais.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Entende-se por enfermeiro especialista

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011 a, p. 8648).

Neste sentido, este capítulo apresenta uma análise reflexiva e detalhada das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, bem como as competências de mestre em enfermagem.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre

Entende-se por competências comuns do enfermeiro especialista

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011 a, p. 8649).

Independentemente da área da especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, conhecidos como as competências comuns e estas dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011a).

Seguidamente vão estar descritas as competências comuns do enfermeiro especialista bem como a sua análise reflexiva e todas as atividades/estratégias implementadas de forma a adquiri-las na sua totalidade.

A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Competência A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de Mestre n. 93- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Fundamentação:

Enquanto prestador de cuidados, o enfermeiro assume como fulcral o seu desempenho no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O enfermeiro distingue-se pela sua formação, abordagem holística, orientação ética e deontologia do seu agir (Nunes, 2017). Assim, em ambos os estágios realizados, foi necessária uma leitura e análise reflexiva de documentos dos quais se rege a prática profissional de enfermagem com base em princípios éticos e morais (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Código Deontológico dos Enfermeiros).

Ao abrigo do artigo 100º do Código Deontológico do Enfermeiro, este assume o dever de: “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (p. 8102). Houve então uma constante necessidade de atualização, obtendo conhecimentos relativamente à área de exercício profissional, munindo-nos assim de armas teóricas e práticas de enfermagem baseadas na evidência científica, mantendo os princípios éticos inerentes à deontologia profissional (Assembleia da República, 2015 a).

Tendo em conta a especificidade do serviço de urgência por vezes surgem situações imprevisíveis, confrontos com problemas de difícil resolução que requerem uma análise criteriosa e onde é necessária uma resposta atempada e adequada. O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática dos cuidados de enfermagem e onde o enfermeiro se responsabiliza pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega como é referido no artigo 100º do Código Deontológico de enfermagem (Assembleia da República, 2015 a). Este processo orienta o exercício profissional autónomo onde o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem e são prescritas intervenções de enfermagem com o intuito de evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Assim, na prestação de cuidados à pessoa durante os estágios, procurou-se integrar a mesma no processo de tomada

de decisão tendo sido respeitadas as suas crenças, costumes, valores e crenças. Meleis *et al.* (2000), referem que os enfermeiros influenciam os processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

Neste sentido, para uma boa prática de enfermagem as atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, baseiam-se em princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões, respeito pela liberdade e pela dignidade (OE, 2012). Corroborando com esta afirmação, Nunes (2017) refuta afirmando que boas práticas em enfermagem são o conjunto das dimensões científica, técnica e humana às necessidades da pessoa visando a máxima satisfação. O dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa é uma das bases do trabalho enquanto enfermeiros, tentamos por isso no dia-a-dia não deixar influenciar valores, garantindo ao doente a excelência do cuidar (Código deontológico do enfermeiro, artigo 102º) (Assembleia da República, 2015 a).

De acordo com o código deontológico dos enfermeiros, artigo 107º, respeito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Assembleia da República, 2015 a, p. 8103). O serviço de urgência é caracterizado por uma grande afluência de doentes motivo pelo qual a privacidade dos mesmos no momento da prestação de cuidados por vezes é descurada e não é tida em conta. Na prestação de cuidados ao longo do estágio, as questões relativas à privacidade da pessoa assumiram grande relevância, pelo que foi merecedora de grande preocupação e foi maioritariamente tida como garantida através de intervenções autónomas e interdependentes da equipa de enfermagem.

De igual forma, no que respeita a informação, no artigo 105º do código deontológico do enfermeiro, este assume o dever de: “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Assembleia da República, 2015 a, p. 8103). Assim, enquanto enfermeiros temos o dever de a qualquer intervenção que a pessoa é submetida informar do que vai ser realizado bem como vai ser realizado, a importância e os riscos associados. O ato de informar constitui um grande desafio para toda a sociedade e essencialmente para os profissionais de saúde.

Numa perspetiva ética, deverá existir um ponto de equilíbrio para os profissionais de saúde entre a necessidade de não provocar qualquer dano ao doente e o dever de dizer sempre a verdade ao

mesmo, visando sempre o seu bem-estar (princípios de não maleficência e princípio da beneficência). O doente tem direito ao consentimento livre e esclarecido, de modo a assegurar a sua capacidade e autonomia de tomada de decisão. Face aos valores éticos que presidem ao desempenho dos profissionais de saúde, estes são indissociáveis das suas práticas fundamentais, exigindo de toda a equipa um enorme desempenho, reflexão, criatividade e um elevado nível de conhecimentos (Pereira, 2005).

Existem inúmeras situações em que a vontade da família não corresponde à vontade da pessoa sendo que cabe ao enfermeiro respeitar em última instância a vontade da pessoa mesmo que essa vontade não seja a escolhida pela família, realizando um esforço para integrar na prática clínica o dever de sigilo patente no artigo 106º do código deontológico dos enfermeiros, o enfermeiro tem o dever de “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (...), “considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” e “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (...) (Assembleia da República, 2015 a, p. 8103).

A prestação de cuidados no serviço de urgência está associada a situações de doença aguda, no entanto muitas são as pessoas que recorrem ao serviço de urgência vítimas de doença crónica e prolongada. Face ao exposto, é fulcral que a equipa de enfermagem esteja dotada de conhecimentos e competências para lidar com situações deste cariz, associadas ao respeito pela pessoa em fim de vida e o respeito pelo corpo após a sua morte. Corroborando com esta premissa, o artigo 108º do código deontológico deixa patente que o enfermeiro assume o dever de: “defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida bem como o “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Assembleia da República, 2015 a, p. 8103). Tendo em conta que a minha prática diária é numa Unidade de Cuidados Paliativos, e a formação avançada que sou detentora na mesma área, contribuíram sem dúvida para uma melhor prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e com uma maior dignidade no serviço de urgência, sendo que em algumas situações a partilha de conhecimentos acerca da minha experiência foi importante para a aquisição e consolidação de conhecimentos por parte da equipa de enfermagem.

No decorrer de ambos os estágios, observámos os enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem enquanto agentes promotores da proteção dos direitos humanos no processo de prestação de cuidados ao doente e questionámos sempre que tivemos necessidade com

recetividade. Salienta-se a relação de confiança mantida com a restante equipa multidisciplinar que facilitou sem dúvida a minha integração na equipa desde cedo. Ao longo do tempo nesta caminhada, refletimos, questionámos e partilhámos algumas experiências/vivências constituindo um momento de partilha de conhecimento com os enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Para a submissão do projeto de intervenção profissional foi imprescindível um pedido à comissão de ética do CHUA que cumpriu as considerações éticas bem como o consentimento informado aplicado à equipa de enfermagem aquando do questionário de sustentação da pertinência da temática em estudo garantindo a confidencialidade e o anonimato.

A unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e os conteúdos por ela abordados também contribuíram significativamente para o cumprimento destas competências, bem como as reuniões com a professora orientadora e com o enfermeiro orientador de forma a analisar e refletir acerca do comportamento adotado.

Avaliação:

Assim, considerámos que desenvolvemos as competências acima descritas.

B- Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de Mestre n. 95- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Fundamentação:

Com o aumento da esperança média de vida e o aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de

saúde seguros e de qualidade sendo a criação de sistemas de qualidade, nos dias de hoje uma necessidade (OE, 2012; Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017). A qualidade em saúde depende de uma intervenção multiprofissional, no entanto, as instituições de saúde assumem um papel fundamental neste sentido. Cabe às instituições adequar os recursos e criar estruturas satisfazendo as necessidades dos enfermeiros em prol da qualidade (OE, 2012).

Ao definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pretende-se a melhoria dos cuidados prestados às pessoas e uma necessidade de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

Ao abrigo do Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio a qualidade em saúde é definida como

“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13550).

Assim, ao longo dos estágios foi necessária uma pesquisa e revisão das normas e políticas hospitalares referentes à qualidade e à segurança em cuidados de saúde e em particular a norma dos padrões de qualidade da instituição (Plano estratégico de Enfermagem 2015-2018) de forma a aumentar os conhecimentos nesta área e colocá-los em prática posteriormente.

De acordo com o Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista “a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua” (p.8651). Assim, segue-se uma análise das atividades desenvolvidas nos estágios com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Sendo as IACS uma área transversal a todos os serviços que constituem as instituições de saúde, optámos por no serviço de urgência após uma reunião com o grupo de coordenação local acerca dos valores monitorizados elaborar um cartaz sobre “Prevenção da infeção associada ao cateter vesical” (apêndice 14) com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a realização de intervenções fundamentais de modo a prevenir a infeção. Este cartaz foi apresentado à enfermeira chefe, enfermeiro orientador e enfermeira elo de ligação da infeção com o objetivo de refletir sobre os comportamentos adotados pelos profissionais. A elaboração do cartaz foi uma das atividades desenvolvidas no estágio final que serviu como estratégia de intervenção face a uma necessidade

identificada no serviço. Neste sentido, pensámos que esta atividade contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

Para além disso, a experiência na prática clínica profissional de realização de auditorias na higienização das mãos, projeto implementado na instituição também contribuiu de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda em relação às atividades desenvolvidas no domínio da melhoria contínua da qualidade, realça-se a nossa intervenção major, o projeto de intervenção profissional. Após ter sido identificada a necessidade do serviço, foram estabelecidas as intervenções/estratégias no sentido de colmatar essa necessidade. O projeto de intervenção profissional na abordagem da pessoa com delirium no serviço de urgência enquadra-se na linha de investigação e ação “Segurança e Qualidade de Vida”. Desta intervenção major implementada no serviço de urgência resultou a formação à equipa de enfermagem, uma proposta de norma de cuidados de enfermagem à pessoa com delirium no serviço de urgência bem como um fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência que contribuiu significativamente para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Assim, foram criados instrumentos de trabalho para a equipa de enfermagem com o propósito de uniformizar os cuidados prestados e que vão funcionar como um guia orientador de boas práticas baseadas na evidência científica.

No domínio da qualidade está implícita a competência “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” sendo que o descritivo considera “a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (...)” (OE, 2011a, p. 8651). Assim sendo, aquando falamos de qualidade o conceito de segurança está subjacente e interligado. A criação de um ambiente terapêutico e seguro torna-se desafiador tendo em conta o contexto onde se realizou o estágio final. Como temos vindo a falar o serviço de urgência maioritariamente tem uma grande afluência de doentes sendo que por vezes os recursos reduzidos, a ocorrência de incidentes, eventos adversos e as contingências físicas do serviço dificultam a prestação de cuidados de qualidade.

Ainda assim, na prestação de cuidados tentou-se sempre ter em consideração a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual para a pessoa e família que fosse gerador de segurança e proteção. Exemplo disso foram algumas situações de doentes em fase agónica que estavam internados no serviço de urgência em que os cuidados foram devidamente

individualizados e a presença da família foi uma constante. Refletiu-se entre equipa, uma vez que o serviço de urgência face à sua especificidade apenas comporta visitas no período estipulado e após a partilha de conhecimentos a família acompanhou o seu ente querido até ao fim.

Para além da criação de um ambiente terapêutico e seguro é de extrema importância a gestão de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o doente e isso foi visível durante o estágio realizado. Esteve sempre patente uma relação de confiança com o doente e com a sua família, baseada na escuta ativa e uma comunicação eficaz que permitiu sempre ao doente/família verbalizar os medos, inseguranças e esclarecendo as suas dúvidas e incertezas.

Tendo em conta o espaço físico limitado quando a afluência de doentes é grande, a implementação de medidas efetivas para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados deve ser uma preocupação constante dos enfermeiros. Também a aquisição de conhecimentos baseados na evidência científica é impulsionadora de cuidados seguros e de qualidade prestados à pessoa.

Uma outra atividade que deu resposta à competência no âmbito da qualidade foi a frequência da formação de carácter obrigatório da instituição intitulada de “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (anexo 2). Durante esta formação foi-nos possível a criação de um projeto de qualidade em determinado contexto através de ferramentas que nos foram disponibilizadas como um guião para a organização de projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem elaborado pela OE secção regional do Sul bem como um documento intitulado de “o resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde” onde constam um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Esta formação contribuiu significativamente para a elaboração do projeto de intervenção profissional desenvolvido no estágio final essencialmente como guião em todas as suas fases da sua execução. Também foi planeada aquando a realização do projeto de estágio da formação obrigatória “Gestão do risco clínico e segurança do doente”, no entanto tendo em conta o número reduzido de formandos foi cancelada.

Avaliação:

Dado ao exposto, considerámos ter adquirido estas competências.

C- Domínio da gestão dos cuidados

Competência C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Competência C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de Mestre n. 91- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Fundamentação:

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão dos cuidados o enfermeiro “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados” (p.8652).

Como planeado nos projetos de estágio elaborados, primariamente foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a gestão de cuidados, recursos e estilos de lideranças, uma vez que sentíamos que nesta área o nosso conhecimento era escasso e a aquisição de conhecimento iria ser uma mais valia para o nosso desempenho.

Em ambos os estágios realizados o enfermeiro que assume chefia de equipa é detentor do título de especialidade. Assim, o enfermeiro chefe de equipa tem uma responsabilidade acrescida no sentido da gestão dos cuidados uma vez que é possuidor de competências que lhe permitem fazer uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis com vista à garantia da qualidade dos cuidados prestados.

No estágio à pessoa em situação crítica, realizado na UIDA a enfermeira orientadora assumia funções de chefia de equipa tomando decisões em conjunto com a equipa multidisciplinar, nas quais nos foi possível participar.

Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro, artigo 10º define que “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 2017, p.100). Neste sentido, a

delegação de tarefas foi uma atividade por nós desempenhada com a colaboração da enfermeira orientadora. Esta não constituiu uma transferência de responsabilidade, foi supervisionada e avaliada de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao estágio final no serviço de urgência, o enfermeiro orientador não era chefe de equipa embora na ausência do mesmo assumisse esta função. Inicialmente para a aquisição destas competências foi essencial a observação do enfermeiro orientador aquando assumia funções de chefia de equipa e perceber toda a dinâmica envolvida à função, refletir e analisar a gestão de cuidados efetuada. Ao falar de liderança constata-se que a mesma possui uma ligação direta com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na medida em que a influencia. Cabe aos enfermeiros chefe de serviço e de equipa

“a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação” (Fradique & Mendes, 2015, p. 48).

Assim, durante alguns turnos tivemos a oportunidade juntamente com o enfermeiro orientador de desenvolver estas competências.

Apesar de na prática profissional desempenhar funções de responsável de turno em internamento aquando a ausência da chefe de serviço, são funções com as quais não estamos muito familiarizadas. No entanto, face à especificidade e imprevisibilidade do serviço de urgência sabíamos de antemão que a gestão não seria realizada da mesma forma. Aquando assumimos essas funções à primeira vista surgiram algumas dificuldades/obstáculos por vezes difíceis de contornar, o facto de a equipa ser constituída por mais elementos e a escassez de alguns recursos materiais que dificultam uma gestão eficaz e eficiente.

A existência de algumas valências no serviço de urgência leva a que os recursos disponíveis tenham de ser geridos eficaz e eficientemente de modo a garantir a qualidade dos cuidados. Os recursos materiais dizem respeito essencialmente ao *stock* de fármacos, fazendo parte os estupefacientes que se encontram no cofre do serviço e que para a sua reposição é necessário o enfermeiro chefe de equipa articular com a equipa médica e os serviços farmacêuticos. Em termos de recursos humanos, o enfermeiro chefe de equipa, distribui tanto os enfermeiros como os assistentes operacionais pelos postos de trabalho, gere os recursos existentes e toma decisões em

articulação com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, e segundo Fradique & Mendes (2013), as chefias/lideranças dos vários serviços têm como principal desafio a gestão e a coordenação das capacidades e dos conhecimentos de todos os colaboradores de modo a que sejam alcançados os objetivos estabelecidos.

De igual forma, a realização do projeto de intervenção profissional implicou liderança na medida em que motivámos a envolvimento da equipa de enfermagem no diagnóstico de situação aquando o preenchimento dos questionários bem como na participação nas sessões de formação. Para finalizar também a unidade curricular gestão em saúde e governação clínica contribui de forma positiva para a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área.

Avaliação:

Partindo do descrito acima e das atividades realizadas podemos afirmar que adquirimos as competências supracitadas.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência D1- Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.

Fundamentação:

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, detém consciência de si próprio enquanto pessoa e enquanto enfermeiro e reconhece que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2011 a).

O autoconhecimento é conhecer-se a si próprio como pessoa, reconhecendo o que nos influencia de diferentes formas. É um processo dinâmico, de autorreflexão e mudança (Rasheed, 2015). O conceito de autoconhecimento está relacionado com um processo de introspeção e exploração dos seus próprios sentimentos, pensamentos, valores, crenças e comportamentos (Eckorth-Butcher, 2010; Phaneuf 2005). No entanto, saber sobre si mesmo não é um processo fácil sendo demorado e doloroso. Este processo inicia-se com consciência e através de esforços contínuos para a mudança (Rasheed, 2015).

Os enfermeiros são a classe profissional que estão a maior parte do tempo perto do doente razão pela qual o autoconhecimento é considerado uma ferramenta imprescindível no desenvolvimento da relação terapêutica. Assim, quanto mais o enfermeiro se conhecer a si próprio, mais serão as condições para a criação de um ambiente terapêutico (Rasheed, 2015).

Face ao exposto, foi necessário durante os estágios a realização de uma introspeção. Foi realizada uma autoavaliação, ou seja, foi desenvolvida uma atitude autorreflexiva, acerca dos comportamentos adotados e as atitudes que possam ter influenciado a relação terapêutica com o doente. Para isso, as reuniões com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora serviram de base para uma prática reflexiva sobre a conduta adotada, efetuando alterações sempre que necessário de forma a atingir a excelência dos cuidados prestados, trazendo uma maior consciencialização pessoal. Esta prática reflexiva sobre as experiências vividas, apreciando os aspetos positivos e negativos e as aprendizagens daí resultantes contribuíram para ampliar o autoconhecimento.

Não podia deixar de referir que o percurso realizado para além de um grande crescimento profissional fez-me crescer enquanto pessoa, na medida em que foi desafiante. A minha prática profissional num percurso de dez anos é em cuidados paliativos, ingressar no serviço de urgência foi interessante, curioso, mas essencialmente muito enriquecedor e gratificante. Para além dos objetivos curriculares atingidos, o objetivo principal é pessoal e foi superado com muito empenho.

Como já foi referido, a pesquisa bibliográfica fez parte deste processo contínuo de aprendizagem, pelo que foi necessária a consulta de livros e artigos que abordassem a gestão de conflitos, de emoções, comunicação aprofundando conhecimentos e mobilizando-os para a prática clínica.

Já abordado anteriormente, tendo o serviço de urgência características específicas, é um ambiente onde existe um elevado nível de *stress*, de instabilidade para os profissionais de saúde, doentes e familiares. De igual forma, face a esta situação são tomadas decisões no seio da equipa multidisciplinar que não são unânimes e por vezes geram-se conflitos.

O conflito é entendido como “uma divergência de ideias e perceções dos indivíduos envolvidos” (Corradi, Zgoda & Paul, 2008, p. 185). Tendo em conta que cada ser é único, cada pessoa apresenta diferentes perceções, valores e conhecimentos o que determina que a mesma questão seja

percecionada de maneiras diferentes. No entanto, em contexto de trabalho, conduz muitas vezes à perda de foco no objetivo principal (Corradi, Zgoda & Paul, 2008).

Assim, o enfermeiro para além de possuir conhecimentos científicos, deve saber lidar com as pessoas e as suas diferenças, utilizando o conflito de forma positiva, por forma que exista um crescimento na equipa devendo ser imparcial e flexível, respeitando as crenças e visões diferentes (Teixeira, Silva & Draganov, 2018). Os conflitos geram impacto na equipa e consequências diretas nos cuidados prestados ao doente. A gestão dos conflitos é um desafio para o enfermeiro e acarreta responsabilidade. É necessário que o enfermeiro desenvolva competências na gestão de conflitos, como habilidades na capacidade de comunicar, observar, escuta e empatia com o intuito de garantir a qualidade nos cuidados prestados (Teixeira, Silva & Draganov, 2018).

No decorrer do estágio no serviço de urgência, não existiu registo de situações de conflitos de maior complexidade, apenas foram tidas em conta algumas situações de fácil resolução pelo chefe de equipa e que não tenha colocado em causa os cuidados prestados.

Avaliação:

Após o exposto, julgámos ter desenvolvido a competência supracitada.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competência de Mestre n. 92- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Competência de Mestre n. 96- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Fundamentação:

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” requer que o enfermeiro especialista se assuma “como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”, sendo que a tomada de decisão e as intervenções devem assentar em conhecimento válido, atual e pertinente (OE, 2011 a, p. 8653).

No decorrer do estágio surgiram dúvidas, incertezas que foram colmatadas através da pesquisa bibliográfica, observação do enfermeiro orientador bem como dos restantes colegas, diálogo, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências e conhecimento. Todas estas estratégias permitiram adquirir e consolidar conhecimentos e competências e permitiram uma evolução em termos de crescimento pessoal e profissional. Também a formação que frequentámos durante os estágios funcionou como uma experiência facilitadora de aprendizagem.

Neste sentido, participámos no III Congresso da Seção Regional do Sul, organizado pela OE (anexo 3) e onde foram abordados temas atuais e relacionados com a Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica: Inovação em Urgência e Emergência, Triagem telefónica e aconselhamento- modelo dos Açores; o enfermeiro na emergência extra-hospitalar; abordagem do doente crítico: transporte e oxigenoterapia de alto fluxo e emergências de saúde pública em Portugal, programa desfibrilhador automático externo na comunidade.

No programa formativo, no âmbito da formação obrigatória do CHUA, foi-nos possível a participação em algumas formações ministradas de forma a adquirir e consolidar conhecimentos nas áreas pretendidas. Assim, mantivemos uma presença assídua nas formações obrigatórias: “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (anexo 2) e “Vias Verdes: Coronário, AVC, Trauma e Sépsis” (anexo 4). Também tivemos a oportunidade de participar como formanda na formação “Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra incêndio” (anexo 5) e na qualidade de observadora na formação “Triagem de Prioridades na Urgência” (anexo 6).

Participámos em reuniões de planeamento com os agrupamentos de escolas para a realização de ações de sensibilização no âmbito do Programa Municipal: “A Escola e os Riscos... Preparar para Proteger” inserido no estágio final, realizado durante uns dias no Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão. Destas reuniões, foram identificadas necessidades a nível das escolas dos conselhos pelo que nos foi proposto a elaboração de uma *checklist* (apêndice 15) e um cartaz de

quando e como ligar 112 (apêndice 16) bem como a participação em ações de *Mass- training* de Suporte Básico de Vida para alunos de 9º e 12º ano (apêndice 17 e 18). Estas ações foram bastante dinâmicas e tiveram uma grande aderência por parte dos alunos e dos professores, sendo que permitiu a aquisição de competências e a consolidação de conhecimento para agir perante situações de emergência na primeira pessoa como sofridas por terceiros, tornando-os mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem os rodeia.

Em relação ao projeto de intervenção profissional, identificámos à priori uma necessidade do serviço, diagnosticando as necessidades formativas da equipa de enfermagem, realizámos formação e avaliámos a formação realizada. Foram também criados instrumentos de prevenção e avaliação como o fluxograma de identificação e gestão do delirium e uma norma de procedimento de enfermagem com o intuito de uniformizar os cuidados prestados à pessoa com delirium.

O principal objetivo do serviço de urgência é prestar cuidados a todos os doentes urgentes e emergentes de forma atempada. Desta forma, após conversas informais com o enfermeiro orientador e enfermeira chefe de serviço, foram elaborados um cartaz (apêndice 19) e um folheto informativo (apêndice 20), com vista a fornecer informações úteis aos utentes e familiares que frequentam o serviço de urgência. Após a elaboração foram colocados na sala de espera do serviço de urgência.

Para finalizar a realização de um artigo científico: “A pessoa com delirium no serviço de urgência: da avaliação à prevenção” bem como uma revisão integrativa da literatura: “O impacto da formação nos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium” contribuíram significativamente no campo da investigação promovendo uma prática baseada na evidência (apêndice 21).

Avaliação:

Após o exposto, julgámos ter desenvolvido as competências mencionadas.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre

Entende-se por competências específicas do enfermeiro especialista

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2011 b, p. 8649).

A aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica vai permitir-nos no exercício profissional a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade baseados na evidência científica e padrões de conhecimento válidos. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011 a, p.8656).

Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011 a, p. 8656). Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados que exigem

“observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011 a, p. 8656).

De seguida, iremos apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica bem como a sua análise reflexiva e todas as atividades/estratégias implementadas de forma a adquiri-las na sua totalidade.

Competência K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Competência de Mestre n. 94- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Fundamentação:

Na Enfermagem é necessária uma constante atualização dos conhecimentos face à complexidade dos cuidados. Segundo Meleis (2010), conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem. Corroborando com esta ideia, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica remete-nos para face a uma complexidade das situações de saúde, “o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (p. 8656).

A pesquisa bibliográfica foi uma constante ao longo dos estágios. A partir da aquisição de uns conhecimentos e consolidação de outros existentes a segurança e a qualidade na prestação de cuidados e na realização dos procedimentos aumentaram. Assim, anteriormente e durante os estágios foi adquirido um maior suporte teórico através de pesquisa bibliográfica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica que fundamentasse a nossa atuação na prestação de cuidados e leitura dos protocolos de atuação e terapêutica existentes. Os estágios realizados foram em serviços/unidades onde a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é uma constante. Neste sentido, existiu a oportunidade de contactar com doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica, em contextos diferentes e que nos permitiu crescer enquanto profissionais.

O estágio à pessoa em situação crítica caracterizou-se pelo primeiro contato que tive com doentes do foro crítico visto que a prática profissional é direcionada para a prestação de cuidados paliativos. Surgiram inicialmente algumas dúvidas principalmente em relação a medicação que não utilizo na prática clínica diária, doses, reconstituições, diluições de alguma medicação, o que exigiu um trabalho maior neste sentido, de forma a colmatar esta dificuldade.

Também a prestação de cuidados a doentes críticos com necessidade de ventilação mecânica não invasiva constituiu um desafio, na medida em que a prática profissional apresenta uma vertente oposta e durante o exercício profissional não ter tido contato. Assim, o desconhecido exigiu um esforço adicional na pesquisa bibliográfica, no interesse e no empenho. Foi essencial o conhecimento do ventilador, os modos ventilatórios, o ajuste dos parâmetros, os modelos de interfaces e os efeitos secundários da sua utilização a longo prazo.

Descrito no capítulo 1, o estágio final teve lugar no serviço de urgência, que tem como objetivo “a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p. 1). O serviço de urgência dispõe de algumas valências, no entanto, grande parte do estágio foi realizado na sala de emergência/reanimação. De acordo com a ACSS (2015), a sala de emergência/reanimação deve ser um espaço aberto, com capacidade para vários doentes e está vocacionada para apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico e deve apresentar condições para suporte avançado de vida.

Neste sentido, foi essencialmente na sala de emergência/ reanimação que foram vivenciadas situações de processos complexos de doença crítica e onde foram prestados os cuidados necessários. Aquando a admissão na sala de emergência/ reanimação era realizada uma avaliação ABCDE, monitorização e vigilância contínua dos sinais vitais, colheita de sangue para análises e colocação de cateter venoso periférico de grande calibre e execução de procedimentos necessários. A prestação de cuidados incidiu numa diversidade de situações como: politraumatizados, edema agudo do pulmão, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, crises de asma e onde foi possível a realização de uma multiplicidade de intervenções: visualização de colocação de linha arterial, cateter venoso central, dreno torácico, preparação de todo o material necessário para a realização dos procedimentos e auxiliar os médicos bem como a administração de terapêutica adequada a cada situação segundo prescrição médica.

Perante as situações de doença crítica e/ou falência orgânica procurou-se identificar e prevenir os focos de instabilidade, respondendo prontamente através da prestação de cuidados necessário e realizando o encaminhamento adequado da pessoa.

Para além do serviço de urgência, o estágio final contemplou a realização de dois turnos de oito horas na VMER e dois turnos na ambulância de SIV, estágio autorizado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (anexo 7). A VMER é constituída por um médico e um enfermeiro e tem como principal objetivo “a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida” já a ambulância de SIV integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência e visa “a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Ministério da Saúde, 2014 b, p. 11124).

Estes dias de estágio tiveram como objetivo conhecer a organização e a dinâmica dos meios e desenvolver competências no âmbito da pessoa em situação crítica em ambiente pré-hospitalar.

Os meios acima descritos ao abrigo do Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, são integrados nos serviços de urgência das unidades de saúde e constituem um importante contributo, uma vez que garantem uma resposta acrescida e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes. Nos dias de estágio realizados os meios foram ativados e em ambiente pré-hospitalar forma vivenciadas situações críticas e/ou falência orgânica, prestados os cuidados necessários no local e em algumas das ocorrências existiu a necessidade de transportar para hospital de referência, neste caso o CHUA-UHP. As situações vivenciadas a maioria incidiram em doença súbita: alterações de estado de consciência, dispneia e situações de paragem cardiorrespiratória, no entanto na ambulância de SIV tivemos perante uma situação de trauma, um atropelamento de duas crianças de dez anos e um queimado, explosão de uma garrafa de gás no domicílio. Este estágio embora de observação, foi possível a prestação de cuidados às vítimas com a supervisão do enfermeiro e constituiu mais um momento de aprendizagem.

No decorrer do estágio final foram presenciadas situações de doentes em paragem cardiorrespiratória tanto em ambiente hospitalar como em ambiente pré-hospitalar, pelo que foi necessário em colaboração com a equipa multidisciplinar colocar em prática os conhecimentos e habilidades atualizadas em Suporte Avançado de Vida. Para o aumento do conhecimento e o treino das habilidades em Suporte Avançado de Vida contribuíram os cursos de Suporte Básico de Vida certificado pelo European Resuscitation Council (anexo 8) realizado em Évora em 2018 e o curso de Suporte Avançado de Vida ministrado pela empresa Alento embora com certificação pelo European Resuscitation Council (anexo 9) realizado em Setúbal em 2018 no âmbito da disciplina de Médico-Cirúrgica 4.

As pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica por norma estão monitorizadas, o que nos ajuda na deteção precoce de focos de instabilidade. No entanto, para além dos sinais vitais monitorizados existe um quinto sinal vital que por vezes não é avaliado e que é tanto ou mais importante como os anteriores.

De acordo com a Direção Geral de Saúde, a dor é considerada o quinto sinal vital (DGS, 2003 b). A dor pode ser definida como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (DGS, 2003

b, p. 3). Pode ser considerada como um fenómeno fisiológico de extrema importância a integridade física da pessoa (DGS, 2008). Assim, face ao exposto torna-se primordial controlar a dor sendo indispensável para a humanização dos cuidados (DGS, 2008).

Na prestação de cuidados tentámos sempre, independentemente, da condição clínica do doente realizar uma avaliação da dor, através de escalas disponíveis. Ao analisar esta unidade de competência e refletir sobre a mesma, não nos deparámos com dificuldades nem obstáculos. Esta intervenção é realizada na minha prática profissional algumas vezes num turno, pelo que no estágio foi fácil a sua aplicabilidade. Também posso afirmar que investi no meu conhecimento tendo realizado formação avançada nesta área tornando-se uma mais valia para a gestão da dor e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente. Assim, em algumas situações vivenciadas de dor, foi sempre realizada tentativa de alívio da mesma através de fármacos prescritos em SOS e medidas não farmacológicas.

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente à pessoa em situação crítica, tem tido avanços muito significativos face a um grande investimento tecnológico que tem sido realizado nesta área. “Esta mesma evolução conduz a que os profissionais valorizem cada vez mais o tecnicismo, as intervenções relacionadas com o tratamento e percam de vista a dimensão psicossocial do doente” (Pereira, 2008, p.79).

A comunicação é um agente terapêutico muito poderoso, revelando-se essencial, não só na transmissão de más notícias, mas em todo o processo de relação e atenção aos doentes e suas famílias. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, muitas das vezes, possuem uma melhor relação com os doentes e com os seus familiares face à proximidade que desenvolvem com os mesmos. Relativamente à profissão de enfermagem, a comunicação assume um papel fundamental, uma vez que permite ter acesso ao outro para o compreender, o que exige treino.

A comunicação assenta no princípio de que cada doente/familiar ou membro da equipa são únicos e diferentes e são o reflexo do seu contexto cultural, social, espiritual e vivências pessoais, tornando-se crucial que a comunicação se desenvolva com base nas necessidades do doente (Twycross, 2001). Assim, a enfermagem exige o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, que permitam compreender o outro através da capacidade de perceção, capacidade de escuta e de reformulação.

De acordo com Querido, Salazar & Neto (2006) são necessárias competências básicas, nomeadamente, escuta ativa (ouvir, codificar, interpretar e responder), compreensão empática (identificar a emoção vivida pelo doente e a sua causa) e feedback (permitir controlar a eficácia da comunicação). No contexto de prática clínica, “o profissional de saúde através do contacto com o quotidiano, atua como recetor, pela apreensão das mensagens significativas dos doentes tentando responder às necessidades individuais percebidas de cada doente, e como emissor, transmitindo atitudes, nomeadamente, atenção, compreensão e ajuda terapêutica” (Pereira, 2008, p. 17). A comunicação surge como uma arma terapêutica essencial, uma vez que, através dela, o enfermeiro ajuda o doente a perceber as suas necessidades e com ele negocia e desenvolve estratégias de ajuda (Pereira, 2005).

É “imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde” (Pereira, 2008, p. 4).

Perante o exposto, na unidade de competência “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” sentimos que detínhamos conhecimento e técnicas comunicacionais que nos permitiram o desenvolvimento de uma comunicação eficaz com o doente e família (OE, 2011b, p. 8657). Também a prática profissional bem como formação realizada na área de cuidados paliativos que tem como pilar a comunicação contribuíram significativamente para uma boa comunicação. As aptidões de comunicação não são inatas, aprendem-se e requerem treino, sensibilidade e competências que vamos adquirindo ao longo do nosso percurso pessoal e profissional.

Na sequência da prática profissional surge também a unidade de competência “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” embora num contexto diferente (OE, 2011b, p. 8656). Recordo-me de uma situação na sala de emergência/reanimação, uma doente trazida pela VMER, uma paragem cardiorrespiratória, ventilada que acabou por falecer. Para a colega de enfermagem na sala estava a ser bastante constrangedor a família dirigir-se à sala de emergência com o intuito de se despedir da doente. Então, a situação foi analisada pela equipa de enfermagem presente e decidiu-se que seria eu a ficar com a família no momento da despedida. É uma situação que apesar de não ser fácil lidar face à gestão das emoções, na prática profissional estou habituada a situações deste cariz pelo que tentei dar o melhor de mim e prestar apoio emocional aquela família. O apoio ao luto deverá

ser prestado, antes do familiar falecer, preparando a família, para esta perda, e ter continuidade após a morte do doente. Assim, também foi disponibilizado apoio no processo de luto, na medida em que foi disponibilizada consulta com a psicóloga.

Na humanização dos cuidados de enfermagem está inerente o conceito de relação de ajuda, sendo que a este está implícito a comunicação. Para estabelecer uma relação de ajuda, o enfermeiro deve apresentar determinadas atitudes e requisitos: a presença, a vontade de não julgar, a escuta e a consideração positiva. A relação de ajuda é um instrumento essencial para o planeamento e a humanização dos cuidados e tem como principais atitudes ou habilidades: a aceitação, o respeito e a empatia (Phaneuf, 2005). Relativamente à especificidade do serviço de urgência como temos vindo a abordar ao longo do relatório, o aumento da carga de trabalho bem como o número reduzido de profissionais que perante situações de stress, irritabilidade, morte, sofrimento não estão preparados para lidar, gerando sentimentos de tensão, angústia, frustração e desgaste (Novo, Galvão & Rodrigues, 2014).

É importante que “o profissional de saúde seja capaz de se conhecer a si próprio, de ter consciência dos seus estados psicológicos/ das suas emoções, para estabelecer uma boa relação com o doente, família e a sua equipa.” (Pereira, 2008, p.77). Torna-se então, imperioso e fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam algumas habilidades básicas de inteligência emocional (autoconsciência e as artes de escutar e sentir empatia), visto que esta é sem dúvida um fator importante no domínio da comunicação e das relações interpessoais (Pereira, 2008). A relação interpessoal entre o profissional de saúde, doente/família é determinante para a qualidade dos cuidados, podendo ter um fim terapêutico, ajudando o doente e a família a ultrapassar as dificuldades, medos, angústias e incertezas (Pereira, 2008).

No SUMC-UHP, o sistema de resposta rápida (vias verdes): trauma, sépsis, coronária e AVC está implementado pelo que o serviço de urgência desempenha um papel específico na cadeia de resposta. O encaminhamento através de via verde deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, sendo que posteriormente são os sistemas hospitalar e pré-hospitalar a garantir a continuidade e a integração de cuidados à pessoa (Ministério da Saúde, 2014 a). Não foi possível acompanhar nenhum doente em transferências inter-hospitalares, no entanto de forma a adquirir conhecimentos acerca do funcionamento das vias verdes no âmbito da formação obrigatória foi frequentada a formação “Vias Verdes: Coronária, Sépsis, AVC e Trauma”.

Para finalizar, foi-nos dada a oportunidade de na qualidade de observadora, assistir à formação “Triagem de Prioridades na Urgência” (anexo 6).

Avaliação:

Atendendo à reflexão e análise efetuadas, consideramos que as competências foram adquiridas na sua plenitude.

Competência K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi- vítima, da conceção à ação.

Competência de Mestre n. 96- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Fundamentação:

Para além do aumento exponencial da população em época balnear, a região do Algarve está sujeita a um conjunto de riscos possíveis que podem culminar numa situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

A catástrofe é definida como um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, que ocorre rápido e subitamente e que provoca uma destruição desde o ponto de vista humano bem como material e onde a área que é afetada é maior do que no desastre, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012; Rodríguez, Rodríguez, García, Carabantes & Puente, 2007).

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil pode ser considerado “um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2015 b, p. 5316).

As catástrofes podem ser classificadas como naturais ou tecnológicas. As catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões, ciclones, inundações, terremotos, emergências por calor e

frio extremo, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. As catástrofes tecnológicas incluem transportes de químicos, acidentes biológicos e radiológicos, bem como atos de terrorismo (World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN], 2009).

Assim, o elevado risco sísmico com maior intensidade na foz do rio Arade (falha Açores-Gibraltar e as falhas de Portimão, de Loulé, de Espiche-Odiáxere e de Lagos) bem como as cheias e inundações que as zonas ribeirinhas de Portimão e Lagos estão sujeitas são outro dos riscos naturais a que a região algarvia está sujeita. Aquando a chuva intensa e prolongada que ultrapassa a capacidade de escoamento do sistema de drenagem da cidade são possíveis inundações, sendo que a situação agrava quando a chuva intensa coincide com o período de preia-mar, especialmente no caso de marés vivas (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

O risco de incêndio florestal na zona do barlavento algarvio não é elevado, à exceção da zona montanhosa, onde o tipo de vegetação é propício à sua ocorrência. Também os ciclones, as tempestades e a forte ondulação marítimas causam situações de risco no mar e por vezes em terra. Todos os riscos mencionados são considerados riscos de origem natural (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

Em termos de risco derivados do desenvolvimento tecnológico os acidentes industriais apresentam um risco pouco significativo uma vez que o desenvolvimento industrial é reduzido nas áreas mais problemáticas. Um outro risco associado está relacionado com os acidentes de tráfego (rodoviário, ferroviário, marítimo e fluvial). Um aumento da população na região em época balnear aumenta significativamente a probabilidade da ocorrência de eventos deste tipo (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

A rutura de barragens do Funcho, Odiáxere e Arade pode afetar a zona do barlavento algarvio e é um risco potenciado pelo risco sísmico. Os incêndios urbanos não apresentam um risco elevado na área do barlavento algarvio, no entanto realça-se a vulnerabilidade existente na parte antiga dos aglomerados populacionais e dos aglomerados que delimitam zonas de floresta ou mato (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

Para além dos riscos de origem natural e tecnológico, existem na região algarvia algumas atividades humanas que aumentam a probabilidade da ocorrência de situações de acidentes multi-vítimas. Enumeram-se, como exemplo, dessas atividades: provas automobilísticas, provas de

motonáutica, manifestações de aeronáutica, concursos de paraquedismo, espetáculos pirotécnicos bem como o aumento da população (concertos, discotecas, cinemas, circos, teatros, festas, entre outros locais).

Assim, ao abrigo do Despacho n.º 8669/2017 de 2 de outubro baseado na premissa de que “a região do Algarve representa uma área geográfica do País em crescente desenvolvimento, com especial importância estratégica face ao impacto económico da indústria do turismo” (p. 22032), considerou-se pertinente realizar um levantamento da situação atual e elaborar propostas para “o melhor funcionamento da rede de urgência e emergência na região do Algarve, valorizando de forma especial o doente crítico (doença médica e trauma) e a resposta a situações com múltiplas vítimas” (p. 22032), tendo sido criada a Comissão para a Planificação da Resposta em Saúde no contexto de Situações Críticas e de Exceção no Algarve.

Na realização do estágio à pessoa em situação crítica não ocorreu nenhuma situação de catástrofe ou de emergência multi-vítima que permitisse a aplicação e avaliação das nossas competências em situações reais. Então, desde este primeiro estágio foi realizada pesquisa bibliográfica no sentido de adquirir conhecimentos acerca da temática. Deslocámo-nos ao gabinete de gestão de risco do CHUA e através do elemento responsável e uma reunião informal com o mesmo ficámos a conhecer o plano de emergência externa do CHUA- Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos (Norma Hospitalar de 2015) e através da leitura do mesmo foi possível a consolidação de conhecimentos relativos aos riscos associados à região algarvia. Foi importante e enriquecedor em termos de conhecimento adquirido, as medidas previstas, organização e estrutura, sendo que através da leitura do mesmo foi perceptível o que cada serviço existente na unidade hospitalar pode fazer para que em caso de catástrofe tudo funcione da melhor maneira possível e em prol das necessidades da população.

De acordo com Alexander (2015), um plano de emergência envolve um processo coordenado e cooperativo de preparação para atender as necessidades urgentes com os recursos disponíveis devendo ter em conta as limitações nas capacidades de resposta. Corroborando com a ideia de Alexander (2015), os planos de emergência são documentos formais que definem orientações, com o intuito de organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas de forma a minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe sobre as vidas, a economia, o património e o ambiente (Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC], 2013).

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil,

“é um instrumento de suporte às operações de protecção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direcção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar” (ANPC, 2013. p.5).

A Lei de Bases da Proteção Civil, prevê no Artigo 50º, que os planos de emergência sejam elaborados com base nas orientações da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), podendo existir planos gerais ou especiais de acordo com a sua finalidade, e nacionais, regionais, distritais ou municipais, conforme a extensão territorial.

Assim, o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil está articulado diretamente com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil e indiretamente com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil, dando resposta às necessidades de cada município (ANPC, 2013).

Em relação ao plano de emergência interno da UIDA foi questionada a enfermeira chefe da unidade bem como a enfermeira orientadora embora este não esteja disponível, encontrava-se no momento da realização do estágio em elaboração. Face à pouca informação disponível neste primeiro estágio emergiu uma grande vontade de querer aprofundar esta temática, de modo a dar resposta ao cumprimento desta competência na sua íntegra. Foi então, que na escolha dos estágios finais surgiu a oportunidade de durante cinco dias ir para o Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão (anexo 10).

Aquando a presença no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão tivemos a oportunidade de assistir a uma reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil de Portimão que contribuiu para uma maior aquisição de conhecimentos nesta temática.

A Subcomissão Municipal de Proteção Civil Para Incêndios Florestais foi criada por deliberação da Comissão Municipal de Proteção Civil de Portimão ao abrigo do artigo 4º, da Lei n.º 65/2007, de 12 de novembro com o objetivo de acompanhar a situação de risco de incêndio florestal e as ações da proteção civil nesse âmbito. Assim, a Subcomissão Municipal de Proteção Civil Para Incêndios Florestais é constituída por: o Comandante Operacional Municipal que coordena; o Responsável pelo Gabinete Técnico Florestal e Sapadores Florestais do Município; um representante de cada Junta de Freguesia do concelho; um representante do Corpo de Bombeiros de Portimão; um

representante do Destacamento de Portimão da Guarda Nacional Republicana; um representante da Divisão Policial de Portimão da Polícia de Segurança Pública; um representante da Direção de Portimão da Polícia Judiciária; um representante do Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas; um representante da Unidade de Emergência de Portimão da Cruz Vermelha; um representante do Agrupamento de Portimão do Corpo Nacional de Escutas e um representante da Associação de Produtores Florestais do Barlavento Algarvio. Para além da presença destes profissionais a reunião ainda contou com a Presidente da Câmara Municipal de Portimão, um representante do CHUA-UHP, um representante da EMPRESA Municipal de Águas e Resíduos de Portimão entre outros.

A Subcomissão Municipal de Proteção Civil Para Incêndios Florestais reúne quinzenalmente ou sempre que necessário face ao elevado nível de estado de alerta do sistema de operações de proteção e socorro. A reunião teve como principal objetivo a apresentação do relatório de atividade da subcomissão permanente para o risco de incêndio florestal no período crítico de 2018. É através de *briefings* entre todas estas entidades que se promove uma efetiva coordenação institucional com base no princípio de comando único e concretizando uma monitorização permanente da situação e antecipando, face à avaliação do risco e medidas operacionais adequadas.

Ainda neste tão curto tempo no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão e após reuniões com o Enfermeiro Especialista que nos orientou, foi-nos dado a conhecer os projetos de proteção civil em curso no município, alertando-nos para a necessidade de aquisição de um Kit de resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, como medida de reforço da capacidade da resposta do Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão, perante situações desta envergadura. Assim, juntamente com duas colegas da especialidade foi desenvolvido um trabalho nesse âmbito que contribuiu para o cumprimento desta competência (apêndice 22). Sem dúvida que os dias em que estivemos no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão foram de grande enriquecimento profissional na temática da catástrofe e contribuíram para o desenvolvimento desta competência na sua integralidade.

Durante o decorrer do estágio final também não foi possível participar em situações de catástrofe ou multi-vítima, apesar de ter existido uma situação multi-vítima embora não tenha sido num dos dias em que estávamos presentes. Posteriormente esta situação foi analisada com o enfermeiro orientador tendo conseguido absorver toda a dinâmica envolvida na atuação dos

profissionais a prestar cuidados no serviço de urgência. Também foi possível visualizar o armário de catástrofe presente na sala de triagem observando todo o material pelo qual é constituído.

Foi também questionado a existência do plano de emergência interno do serviço de urgência, que foi consultado sendo que se encontrava em reformulação visto o serviço ter sofrido alterações. É do nosso conhecimento que o plano de emergência interno do serviço de urgência após o término do estágio estava concluído e disponível no serviço para a sua leitura, embora salientamos a pertinência da realização de uma sessão de formação aos profissionais que desse a conhecer os principais conteúdos. Ainda relativamente ao conhecimento do plano de emergência interno, no âmbito da formação obrigatória da UHP do CHUA, foi frequentada a formação “Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra incêndio” que teve como objetivos: a organização dos meios humanos em caso de emergência: funções e responsabilidades, plano de evacuação e procedimentos em caso de emergência (anexo 5).

Para o cumprimento desta competência no seu todo, também contribuíram a unidade curricular de “Enfermagem Médico-Cirúrgica 3” lecionada durante o Mestrado e o trabalho desenvolvido na mesma, bem como a frequência do curso de *International Trauma Life Support* frequentado na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica 4” (anexo 11).

Avaliação:

Pelo descrito anteriormente, considera-se que estas competências foram adquiridas.

Competência K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Competência de Mestre n. 96- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Fundamentação:

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) estão diretamente relacionadas com o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e são um problema à escala

mundial afetando não só os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento (DGS, 2018 b). Assim, o aumento da esperança média de vida, o avanço tecnológico com recurso a procedimentos mais invasivos, e de um maior número de doentes com terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora, aumenta também o risco de infeção (DGS, 2007). As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes, aumentando a mortalidade e os custos em saúde (DGS, 2018 b).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela sua posição privilegiada junto dos doentes na prestação de cuidados, têm um papel fundamental na prevenção e controlo das IACS. Neste sentido torna-se emergente a divulgação da formação no que concerne às precauções básicas a tomar para prevenir as IACS, tendo como preocupação primordial a segurança e o bem-estar do doente.

O conhecimento das precauções básicas de controlo de infeção e a prestação de cuidados de acordo com as mesmas revelou-se como uma ferramenta imprescindível. As precauções básicas de controlo de infeção “destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não”, sendo aplicáveis a todos os doentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos (DGS, 2013, p.10). Estas são constituídas por: a colocação de doentes; a higiene das mãos; a etiqueta respiratória; a utilização de equipamento de proteção individual; a descontaminação do equipamento clínico; o controlo ambiental; o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura de resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

Face ao exposto, aquando o começo do estágio à pessoa em situação crítica o cumprimento desta competência foi fulcral, na medida em que põe em causa a segurança do doente. Neste sentido, através de reuniões informais com o grupo de coordenação local, com a enfermeira chefe da UIDA, enfermeira orientadora bem como o elo de ligação ao controlo de infeção, chegámos à conclusão de que os valores monitorizados na UIDA em termos de infeção correspondiam ao ideal não existindo, portanto, a necessidade de efetuar um plano de prevenção e controlo da infeção. Assim, ao longo da prestação de cuidados existiu um esforço da nossa parte em manter-nos atualizadas pelo que foi realizada a leitura das políticas e das normas elaboradas pelo grupo de coordenação local do CHUA-UHP referentes a vários procedimentos, de modo a relembrar conhecimentos bem como as recomendações nacionais, em concreto o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e os protocolos existentes na UIDA. A

observação direta da enfermeira orientadora e dos restantes colegas juntamente com alguma reflexão crítica e planeamento dos cuidados, foi sem dúvida um ponto de partida para a prestação de cuidados de qualidade.

No estágio final, a problemática das infeções foi encarada com uma visibilidade maior face a especificidade do serviço de urgência, onde existe um maior número de doentes, e uma elevada rotatividade e não sendo um ambiente controlado é passível que a probabilidade de contrair uma infeção seja maior. Perante esta situação e reunindo com a enfermeira chefe, enfermeiro orientador, elo de ligação à infeção do serviço de urgência e grupo de coordenação local, as infeções urinárias associadas à colocação de cateter vesical no serviço de urgência apresentava valores elevados, sendo que o resultado fez-nos ver que seria uma necessidade do serviço e que a nossa atuação nesta área poderia ser uma mais valia para o serviço bem como para os doentes.

A infeção urinária associada a cateter vesical é uma das infeções hospitalares mais frequentes e o evento adverso mais importante associado ao uso do cateter vesical (DGS, 2017). Para se associar a infeção urinária ao cateter vesical, os sintomas devem iniciar-se com um intervalo de, pelo menos 48 horas, após a colocação do cateter vesical e para além disso, o doente deve apresentar um dos seguintes sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$), urgência urinária, polaquiúria, disúria ou desconforto suprapúbico (Centre for Disease Control and Prevention [CDC], 2017).

Assim, achamos pertinente a realização de um cartaz sobre “Prevenção da infeção associada ao cateter vesical” (apêndice 14) com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a realização das intervenções que constituem o “feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical de modo a prevenir/diminuir a infeção. O “feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical baseia-se em algumas intervenções que devem ser realizadas de forma integrada de modo a prevenir a infeção: avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical; documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico; cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem; realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical; manter cateter vesical

seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade; verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registrando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (DGS, 2017). Após a elaboração do cartaz reunimos novamente com a enfermeira chefe, enfermeiro orientador e elo de ligação da infeção onde foram realizadas as devidas alterações, tendo sido impresso e colocado no serviço de forma acessível aos profissionais.

A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. As mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo de transmissão da pele do doente para as mucosas ou para locais do corpo e de outros doentes ou do ambiente contaminado (DGS, 2010). Assim, a higienização das mãos é essencialmente efetuada em cinco momentos: antes do contato com o doente; antes de procedimentos limpos/assépticos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2010). Durante ambos os estágios, a higienização das mãos foi uma medida sempre presente na prestação de cuidados.

No serviço de urgência onde foi realizado o estágio, os assistentes operacionais têm tarefas estabelecidas diariamente, semanalmente, mensalmente e anualmente com o intuito de melhorar os padrões de higiene e desinfeção do serviço. Estes planos são estabelecidos pela enfermeira elo de ligação do serviço de urgência.

Ao longo do estágio e através da observação do enfermeiro orientador, foi-nos possível refletir sobre os procedimentos a efetuar e os comportamentos adotados. Assim, podemos dizer que foi realizado um esforço contínuo que implicou pesquisa, leitura, estudo, observação, reflexão e planeamento e que nos permitiu uma prestação de cuidados mais segura e com maior qualidade.

No decorrer do estágio final, estava previsto a frequência da formação “Controlo e prevenção da infeção hospitalar” no âmbito da formação obrigatória. No entanto, face ao número reduzido de formandos inscritos a mesma não foi realizada. Os profissionais de saúde devem manter-se atualizados em relação às diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos face à prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa.

Para a concretização da competência em questão também contribuíram os conteúdos lecionados na unidade curricular médico-cirúrgica 5 e o trabalho desenvolvido na mesma sobre a Prevenção da Pneumonia associada à ventilação. A visita ao serviço de esterilização do Hospital de São Bernardo, Setúbal no âmbito da unidade curricular também se mostrou uma mais valia na aquisição de conhecimentos na temática do controlo de infeção.

Avaliação:

Perante o analisado anteriormente, considerámos ter adquirido as competências mencionadas.

4.3. Competências de Mestre

De acordo com o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem, o grau de mestre é atribuído mediante a aprovação das unidades curriculares que integram o plano de estudos e a elaboração de um relatório final bem como a sua discussão pública e aprovação.

Competência de Mestre n. 97- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A análise efetuada ao longo do trabalho de todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, possibilitou a aquisição e o desenvolvimento desta competência de mestre.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Este capítulo procura evidenciar o papel da análise do processo de avaliação e controlo no relatório final, analisando o que contribuiu para todo este processo.

Os estágios visam a elaboração de um documento onde constam os objetivos e as atividades/estratégias a desenvolver durante os estágios e que vão promover a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem. Neste sentido, os projetos de estágio elaborados no início de cada estágio serviram como linhas orientadoras para a realização deste relatório de estágio, sendo passíveis de mudança no decorrer dos estágios. Os cronogramas construídos no início de cada estágio foram cumpridos nos prazos estabelecidos.

Tendo em conta o exposto, podemos nesta fase final afirmar que os objetivos a que nos propusemos foram atingidos com sucesso. Destes objetivos, damos principal destaque ao projeto de intervenção profissional, a nossa intervenção major na área do delirium no serviço de urgência. Face às necessidades existentes no serviço, foi realizada formação à equipa de enfermagem tendo se mostrado ser um utensílio fundamental que permitiu adquirir/aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem garantindo-lhes a aquisição ou melhoria das suas competências, bem como o seu desempenho a nível da prática profissional. Também a elaboração de uma proposta de norma de procedimento e um fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência contribuíram significativamente para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Realça-se que tendo sido um estágio com uma duração alargada, houve necessidade da realização de uma avaliação intermédia, onde foi possível uma reflexão acerca de todo o trabalho realizado até então e permitiu uma reorganização do mesmo, com vista à sua execução. Salienta-se ainda neste processo de avaliação e controlo, as reuniões com os enfermeiros orientadores de estágio com vista a definir os objetivos e estratégias a delinear para atingir os objetivos propostos dos estágios e do projeto de intervenção profissional, bem como as reuniões com a professora orientadora com presença física e na indisponibilidade através de email ou telemóvel. Estas reuniões/conversas informais constituíram a reflexão e avaliação do percurso formativo e contribuíram significativamente para o acompanhamento de todo o trabalho, as dificuldades sentidas, os aspetos a melhorar e para a realização do trabalho final.

6. CONCLUSÃO

A enfermagem está em constante evolução pelo que é exigido ao enfermeiro uma atualização constante dos seus conhecimentos, ou seja, uma mudança na prática profissional baseada na evidência científica de modo a satisfazer as necessidades da população. A realização deste Mestrado em Enfermagem estimulou o pensamento crítico e reflexivo e constituiu um passo para a longa caminhada que é o percurso profissional do enfermeiro onde a formação contínua é essencial por forma a atingir a excelência dos cuidados pretendida.

O delirium é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo frequente na maioria dos serviços hospitalares. Este pode ser reversível em 50% dos casos identificados, embora a prevenção através da identificação de fatores de risco, avaliação através do uso de escalas validadas e a sua gestão com a implementação de medidas não farmacológicas são consideradas um desafio para a equipa de enfermagem e visam a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados à pessoa. O delirium representa uma emergência e têm bastante impacto na vida da pessoa, de modo que o conhecimento por parte da equipa multidisciplinar é de grande importância.

O projeto de intervenção profissional permitiu-nos identificar uma necessidade no serviço de urgência, definir objetivos, planear delineando estratégias e atividades, executar através da formação da equipa de enfermagem e avaliar posteriormente os resultados, divulgando-os através do artigo científico elaborado. Neste sentido, considerámos que a formação foi um utensílio fundamental no projeto apresentado e que permitiu adquirir/aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem garantindo a aquisição ou melhoria das suas competências, bem como o seu desempenho a nível da prática profissional.

Realizando uma introspeção a todo este percurso formativo pela variedade de situações clínicas e diversidade de diagnósticos de enfermagem encontrados houve a necessidade de identificar, planear, executar e avaliar considerando os estágios como experiências gratificantes e proveitosas para o nosso crescimento profissional e pessoal. Também todo o processo de análise e reflexão acarreta uma mudança nos comportamentos e nas atitudes e traduz-se numa prestação de cuidados de excelência e de maior responsabilidade.

O relatório de estágio surge como o culminar de uma etapa final de um grande esforço, empenho, dedicação e de trabalho árduo, mas de um exponencial crescimento profissional e

peçoal. É tido como o final de um ciclo de estudos e o início de uma etapa desafiante detentora de grande conhecimento e de uma responsabilidade acrescida.

A redação deste relatório de estágio deu resposta ao elemento de avaliação da unidade curricular Relatório e permitiu avaliar, refletir e analisar criticamente todo o trabalho realizado ao longo do percurso académico. Assim, os objetivos propostos foram concretizados na sua totalidade através da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como as competências de mestre em enfermagem.

Realça-se, o ambiente facilitador de aprendizagens em ambos os estágios, onde predominou por parte da equipa de enfermagem e essencialmente dos enfermeiros orientadores e chefes de serviço, o incentivo, a partilha de experiências e conhecimento, a disponibilidade, a compreensão, a motivação, o empenho e a colaboração no projeto instituído.

A exigente conjugação entre a vida pessoal, profissional e académica, aumentou exponencialmente a dificuldade de cumprimento dos tempos previstos para a execução do relatório de estágio, tendo neste sentido constituído a única limitação para a realização do trabalho final. Em ambos os estágios, apesar de inúmeras atividades a desenvolver conseguiu-se cumprir o cronograma e os prazos estabelecidos no mesmo.

Como desenvolvimento futuro gostaríamos que a longo prazo após a utilização dos instrumentos de avaliação e uniformização de cuidados desenvolvidos no estágio final, fosse possível desenvolver um estudo com base na prevalência do delirium no serviço de urgência, de modo a justificar a utilização dos mesmos.

A análise crítica das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como as competências de mestre em enfermagem foram todas adquiridas na sua plenitude e refletem todo o trabalho desenvolvido neste percurso formativo. Num futuro próximo, cabe-nos a nós transferir-lhes para a prática clínica diária visando a melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Lisboa. Retirado de http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2019). Produção e Rácios de Eficiência na Urgência. Retirado de http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- Alexander, D. (2015). Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery. *Oxford Research Encyclopedia, Natural Hazard Science*. <https://dx.doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.12>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM- 5. 5ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores
- Assembleia da República (2007). Lei n.º 65/2007 de 12 de novembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 217/2007. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/629393>
- Assembleia da República (2015 a). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 181. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&so_miolo=
- Assembleia da República (2015 b). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149/2015. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC] (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Retirado de: http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV//Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Bannon, L., Mcgaughey, J., Clarke, M., Mcauley, D. F., & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients : protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*, 5 (75), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0254-0>

- Bento, M.S.P.M, Marques, R.M.D & Sousa, P.P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado- uma revisão bibliográfica. *Revista eletrónica trimestral de Enfermería*. 52, 657-673. ISSN 1695- 6141. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
- Carrasco, M., Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una Epidemia desde el Servicio de Urgência a la Unidad de Paciente Crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28 (2), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.019>
- Centre for Disease Control and Prevention [CDC] (2017). Guideline for Prevention of Catheter-Associated urinary tract infections 2009. Retirado de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>
- Centro Hospitalar do Algarve [CHA] (2015). Plano de Catástrofe Externa- Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos. *Norma Hospitalar*. Portimão
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2015). *Manual de Integração na Unidade de Internamento de Doentes Agudos -UIDA*. Portimão
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2018). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., Faro. Retirado de http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019 a). *Instituição*. Retirado de <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019 b). *Estatísticas 2018 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Portimão
- Cerejeira, J. (2016). Delirium complica até 30% dos internamentos hospitalares de doentes idosos. Cérebro & Mente – Associação para o Desenvolvimento em Investigação em Saúde Mental. Retirado de: <https://www.vitalhealth.pt/opiniao/4092-delirium-complica-at%C3%A9-30-dos-internamentos-hospitalares-de-doentes-idosos.html>

- Chick, N., Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern, 18. 237-257. Retirado de <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Corradi, E. M., Zgoda, L. T. R. W. & Paul, M. F. B. (2008). O GERENCIAMENTO DE CONFLITOS ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 13(2). 184-93. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i2.12480>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2003 b). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14 de junho*. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18 de junho*. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>
- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD de 14 de junho*. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes-recomendacoes/orientacao-de-boja-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.aspx>
- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical. Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2018 a). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Norma nº 005 de 20/02/2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018 b). Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. *Relatório anual do Programa Prioritário*. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Eckroth-Bucher, M. (2010). Autoconhecimento: uma revisão e análise de um conceito básico de enfermagem. *Avanços em Ciências de Enfermagem*, 33 (4). 297-309
- Faria, R. S. B, & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos : uma realidade subdiagnosticada, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Farina, N., Smithburguer, P., & Kane-Gill, S. (2015). Critical Care, Screening and Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Hospital Pharmacy*, 50(8), 667–671. <https://doi.org/10.1310/hpj5008-667>
- Faustino, T., Pedreira, L., Silva, R., Freitas, Y. (2016). CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO DELIRIUM EM IDOSOS. *Revista Baiana de Enfermagem*. 30 (3), 1-10. Salvador. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.15794>

- Ferraz, L., Vendruscolo, C. & Marmett, S. (2014). EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Baiana de Enfermagem*. 28(2), 196-207. Salvador. Retirado de: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/8366-37659-1-PB.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15. 1-38. Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10). 45-53. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes- Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, 564-70. Retirado de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2017). Despacho n.º 8669/2017 de 2 de outubro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 190/2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/108239880>
- Gracias, A. (2019). Estatísticas do ano de 2018. Portimão
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de Triage de Manchester*. Retirado de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Han, J.H., Wilson, A. & Ely, E.W. (2010). Delirium in the Older Emergency Department Patient- A Quiet Epidemic. *Emergency Medicine Clinics of North America* 28(3), 611-631. <http://doi:10.1016/j.emc.2010.03.005>
- Hickin, S.L., White, S. & Knopp-Sihota, J. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41. 43-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.010>

- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012). Situação de exceção, Manual TAS. ISBN 978-989-8646-08-8. Retirado de: <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- International Council of Nurses [ICN] (2012). Patient Safety. Retirado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf
- Lôbo, R.R, Filho, S.R.B.S, Lima, N.K.C, Ferriolli, E. & Moriguti, J.C. (2010). Delirium. *Medicina*. 43(3), 249-57. Ribeirão Preto
- Martins, J. C. A., Mazzo, A., Baptista, R. C. N., Coutinho, V. R. D., Godoy, S., Mendes, I. A. C. & Trevizan, M. A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4). 619-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>
- Martins, S., Simões, M., & Fernandes, L. (2013). O impacto do delirium na família/cuidadores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), 43-48. Acedido em 6 de junho de 2018, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a07.pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M, Im, E., Messias, Hilfinger, D. K., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). 12–28. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Meleis, A. I. (2010). TRANSITIONS THEORY Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company. New York
- Ministério da Saúde (2004). Decreto-Lei n.º 214/2004 de 23 de agosto. *Diário da república- I Série A*, n.º198/2004. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/479672>

- Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 184. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/490413>
- Ministério da Saúde (2013). Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República*– 1ª Série, n.º 95/2013. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/261078>
- Ministério da Saúde (2014 a). Decreto-Lei n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República*- 2.ª Série, n.º 153/2014. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Ministério da Saúde (2014 b). Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril. *Diário da República*- 2.ª Série, n.º 79/2014. Retirado de http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/38312/Despacho5561_2014_SIEM.pdf
- Ministério da Saúde (2015 a). Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro. *Diário da República*- 2.ª Série, n.º 22/2015. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/66396673>
- Ministério da Saúde (2015 b). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 28. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Ministério da Saúde (2015 c). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 102. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Ministério da Saúde (2016 a). Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril. *Diário da República*- 2.ª Série, n.º 69/2016. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74076053>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde (2016 b). Portaria n.º 75/2016 de 8 de abril. *Diário da República*- 1ª Série, n.º 69/2016. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74076044>
- Ministério da Saúde (2017). Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República*-1ª Série, n.º 162/2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/108041480>
- Nationale Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2014). Delirium in adults. Retirado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962437>

- Novo, S., Galvão, A. & Rodrigues, S. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. *Novos Olhares na Saúde*. 518-529. Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9779/3/rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda.pdf>
- Nunes, L. (2017). PARA UMA EPISTEMOLOGIA DE ENFERMAGEM. 1ª Edição. Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro. Lisboa. Retirado de <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro. Lisboa. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacaocritica.pdf
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, parte E, n.º 123, 26 de junho. Lisboa. Retirado de <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/Regulamento-dos-Padr%C3%B5es-de-Qualidade-dos-Cuidados-de-Enfermagem-Especializados-em-Enfermagem-em-Pessoa-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-Cr%C3%ADtica-26-06-2015.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). REPE. ESTATUTO. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

- Pereira, M. (2005). Má Notícia Em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), 33–37. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra, Portugal: Formasau – formação e saúde, Lda
- Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29–36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal: Lusociência
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th Vital Sign?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2006). Comunicação. In: A. Barbosa & I. Neto, Manual de Cuidados Paliativos. 357 – 378. Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Singh, S.K.S., Baharudin, A.A., Danaee, M. & Thinagaran, R.R.R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27. 4028–4039. <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>
- Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (1). 211-216. Retirado de <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ritter, S.R.F, Zoccolia, M.M.P.L, Cardoso, A.F, Freitas, M.P.D & Camargosa, E.F. (2018). Adaptation of a Delirium Screening Test for Elderly Adults Admitted to Emergency Departments.

Geriatrics Gerontology and Aging. 12(2), 81-88. <http://doi:10.5327/Z2447-211520181800032>

Rodríguez, F.C, Rodríguez, F. M., García, M. C., Carabantes, J. C. D. & Puente, R. M. E (2007). Manual de Asistencia Sanitaria en Accidentes Múltiples Víctimas. Valladolid: Junta de Castilla y León (Consejería de Sanidad). Retirado de: <http://semesmadrid.es/wpcontent/uploads/Manual-Asistencia-a-Accidentes-M%C3%BAltiplesV%C3%ADctimas.pdf>

Rosen, T., Connors, S., Clark, S., Halpern, A., Stern, M. E., DeWald, J., Lachs, M. S. & Flomenbaum, N. (2015). Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department: Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 37(3), 183- 196. <http://doi:10.1097/TME.0000000000000066>

Rowley-Conwy, G. (2017). Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *British Journal of Nursing*, 26 (7). 412-417. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.7.412>

Sampaio, F.M.C & Sequeira, C.A.C. (2013). Tradução e Validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista Enfermagem de Referência*. 3(9), 125-134. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12127>

Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M. S, Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C. & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O CUIDADO HUMANO TRANSICIONAL COMO FOCO DA ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E LINGUAGEM CLASSIFICADA CIPE®. *Millenium*, 49. 153-171. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>

Schumacher, K. L. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarshi*, 26 (2). 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sousa, P. (2006). Sistema de Saúde e a Segurança dos Doentes. *Revista do hospital de crianças maria pia*, 15 (3). Retirado de https://www.researchgate.net/publication/277206306_Sistemas_de_Saude_e_a_seguranc_a_dos_doentes

- Teixeira, N. L., Silva, M. M & Draganov, P. B. (2018). Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos da equipe de enfermagem. *Revista de Administração em Saúde*, 18 (73). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.138>
- Tomey, A.M, Alligood, M.R (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªEdição. Lusociência
- Travers, C., Henderson, A., Graham, F. & Beattie, E. (2017). CogChamps: impact of a project to educate nurses about delirium and improve the quality of care for hospitalized patients with cognitive impairment. *BMC Health Services Research*, 18 (534). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3286-4>
- Twycross, R. (2001). Cuidados Paliativos. (1ªEd.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores
- Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 5ª ed. Camarate: Lusodidacta
- World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN] (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneve: International Council of Nurses. Retirado de: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf

APÊNDICES

Apêndice 1 - Projeto de Estágio Final



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO

SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE- UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO

Orientadores:

Enfermeira Chefe Leonor Luís

Enfermeiro Especialista Dário Reis

Professora Orientadora Maria Antónia Costa

Discente:

Luciana Mariano

Setúbal



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO

SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE- UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO

Orientadores:

Enfermeira Chefe Leonor Luís

Enfermeiro Especialista Dário Reis

Professora Orientadora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Discente:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano, n.º 170531040

Ano letivo 2018/2019

Setúbal, 15 de outubro de 2018

ABREVIATURAS/ SIGLAS

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em situação crítica

SUB- Serviço de Urgência Básico

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

UHP- Unidade Hospitalar de Portimão

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	CXXXIV
2.	ESCOLHA DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	CXXXVIII
3.	PERCURSO FORMATIVO E PROFISSIONAL.....	CXXXIX
4.	CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA médico-cirúrgica DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE- UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO	CXLI
5.	PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	CXLVI
5.1.	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE:	CXLVII
5.1.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:	CXLVII
5.1.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:	CLVI
5.1.3.	COMPETÊNCIAS DE MESTRE:	CLXI
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	CLXIV
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	CLXV

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, do 2.º curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (PSC) foi-me proposto a realização de um projeto de estágio.

Para Ferrito (2010, p.6), o trabalho de projeto “é uma das metodologias que irá permitir ao estudante, estar simultaneamente em contexto prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de uma forma mais específica”. Assim, só através de um planeamento previamente bem estruturado, é possível direcionar a prática de modo a atingir os objetivos e a desenvolver as competências.

No documento elaborado constam os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio, que vão promover a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e as competências de mestre.

Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8656).

O estágio irá desenvolver-se no serviço de urgência médico-cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) e terá a duração de trezentas e oitenta e oito horas, em que trezentas e trinta e seis serão de estágio, catorze horas de tutoria e oito horas de observação, distribuídas por dezoito semanas. O estágio teve início a 24 de setembro de 2018 e terminará a 25 de janeiro de 2019. Este estágio final terá a supervisão por parte da enfermeira chefe do serviço de urgência médico-cirúrgica enfermeira Leonor Luís, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica Dário Reis como enfermeiro orientador e da professora Maria Antónia Costa como supervisão pedagógica.

As redes de serviços de urgência integram o serviço de urgência básico (SUB), o serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e o serviço de urgência polivalente (SUP).

O serviço de urgência geral do CHUA- UHP é considerado um serviço de urgência médico-cirúrgico sendo considerado “o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20673). Os SUMC requerem recursos e valências médicas obrigatórias. Em termos de recursos humanos devem dispor de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica bem como outros profissionais de saúde. Devem também dispor de valências médicas obrigatórias como: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório, imuno-hemoterapia, imagiologia e patologia clínica (Ministério da Saúde, 2014).

Para além deste estágio final ter lugar no serviço de urgência médico-cirúrgico na unidade hospitalar de Portimão, também foi realizado um pedido para a realização de um estágio de observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o qual ainda aguardamos a autorização por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC estabelece que o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar os problemas presentes e potenciais da PSC de forma célere, prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar, realizar de forma diferenciada a gestão da dor, devendo ainda maximizar a implementação de medidas de controlo e prevenção de infeção, sendo esta informação corroborada pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b).

Tendo em conta o supramencionado, e segundo o planeamento da unidade curricular, os objetivos de aprendizagem são:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na concepção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na concepção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Como instrumento de avaliação em 50% da nota final neste estágio final, está contemplado o desenvolvimento de competências de investigação elaborando um artigo científico. Os restantes 50% da nota final têm em conta as competências clínicas incluindo-se a autoavaliação (15%) e a heteroavaliação do enfermeiro orientador e professor (35% ambos).

Quanto à estrutura do trabalho, primariamente vou abordar as razões que me levaram a escolha do campo de estágio para a unidade curricular estágio final. Segue-se uma descrição do meu percurso formativo e profissional durante os meus anos de exercício profissional. De seguida, apresento uma breve caracterização do local de estágio, visto esta ser imprescindível para uma melhor compreensão do funcionamento do serviço. Posteriormente serão abordadas todas as atividades/estratégias desenvolvidas durante o estágio para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre. Por fim, terminarei com as considerações finais onde está patente a importância da realização do projeto de estágio como linha orientadora e ainda a apresentação das referências bibliográficas emanadas pela *American Psychological Association*, 6ª edição, que serviu de base na sua elaboração.

Importa referir que este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, como base para a formatação.

2. ESCOLHA DO LOCAL DE ESTÁGIO

Quando ingressei nesta aventura do âmbito escolar sabia que iria ser complicado pelo fato de ser mãe de um menino de quatro anos de idade que necessita de muita atenção e disponibilidade e profissionalmente dispor de um horário de trabalho de quarenta horas semanais. Exerço funções na unidade de cuidados paliativos do CHUA-UHP há cerca de nove anos. Os meus conhecimentos sobre a abordagem ao doente crítico e/ou falência orgânica são poucos sendo que na área de urgência/emergência existe um gosto especial, talvez desde os estágios realizados na licenciatura embora nunca tenha prestados cuidados nessa área.

O conhecimento que possuo é apenas teórico e o qual as unidades curriculares lecionadas no passado ano letivo me ajudaram muito a reavivá-lo. A escolha do local de estágio foi realizada com base na minha situação familiar e financeira.

Escolhi o SUMC- UHP pela proximidade da minha residência, não tendo assim mais gastos financeiros. A minha escolha assentou no SUMC também pelo fato de como já mencionei acima ser mãe de um menino de quatro anos e deslocar-me para outro hospital e com quarenta horas semanais seria muito difícil conciliar a vida profissional, escolar e familiar e de conseguir cumprir as horas de estágio exigidas.

A minha prática clínica diária está dirigida para o doente crónico e paliativo, pelo que o SUMC seria uma boa escolha no sentido de uma grande aprendizagem na prestação de cuidados ao doente crítico e/ou falência orgânica. Sendo um local com uma dinâmica bastante diferente de um internamento e com uma tipologia de doente crítico estava muito receosa, no entanto é uma aprendizagem e espero conseguir tirar o maior proveito de todas as situações com as quais for tendo contato.

Escolhi como outro local de estágio a VMER de Portimão que está sediada no piso um junto ao SUMC na UHP. A escolha deste local de estágio prende-se com a oportunidade de conhecer a dinâmica e a realidade de prestar cuidados ao doente crítico em ambiente pré-hospitalar, que para mim também vai ser uma situação nova. Outro dos motivos da escolha

da VMER como local de estágio está relacionado com os objetivos a atingir para esta área de especialização na pessoa em situação crítica.

3. PERCURSO FORMATIVO E PROFISSIONAL

Em 2008 terminei a licenciatura em enfermagem na Escola Superior de Saúde Jean Piaget em Silves, a qual me confere o grau de enfermeira. Terminei os estudos no mês de julho de 2008 e em agosto tive duas propostas de trabalho, uma na UHP e outra na unidade hospitalar de Faro. Realizei maioritariamente os meus estágios da licenciatura no hospital de Faro, atualmente CHUA e gostei muito, no entanto ir para Faro significava sair da residência dos meus pais e em termos financeiros seria mais dispendioso então a minha escolha ficou pela UHP.

Ingressei nesta aventura profissional no dia 11 de agosto de 2008 no atual CHUA. Iniciei funções primariamente num serviço de medicina interna pertencente a UHP mas situado em Lagos (hospital de Lagos). No serviço de medicina fiz algumas transferências de doentes críticos para a UHP uma vez que a unidade hospitalar de Lagos não dispunha de meios suficientes para assegurar a vida daqueles doentes. Foi a primeira vez que tive contato direto com doentes mais críticos, instáveis e com necessidade de vigilância hemodinâmica.

Durante a minha permanência neste serviço realizei um curso ministrado pelo Instituto de Formação em Enfermagem – Enfermagem Oncológica e passado um ano e pouco não sei precisar ao certo pedi transferência para a UHP. O pedido de transferência deveu-se essencialmente por estar longe da minha residência.

Foi então que vim para a UHP e iniciei funções na unidade de cuidados paliativos no dia 1 de dezembro de 2009 até à presente data. A formação que realizei durante este meu percurso profissional foi baseada no doente crónico e paliativo, no doente crítico apenas tenho formação ministrada pelo CHUA como o suporte básico de vida e vias verdes: acidente vascular cerebral, trauma, coronária e sépsis.

No ano de 2010 ingressei como formanda no 1º nível de Reiki. Desde sempre existiu em mim um gosto por terapias complementares e para os doentes em cuidados paliativos era sem dúvida uma grande vantagem para essencialmente o alívio da dor como mais tarde se veio a verificar.

Em outubro de 2012 ingressei no mestrado em cuidados paliativos lecionado na escola superior de saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, o qual infelizmente não consegui terminar por motivos de doença e familiares, ficando apenas com a pós-graduação em cuidados paliativos. Ainda nesse mesmo ano ingressei no 2º nível de Reiki ficando habilitada a poder fazer esta terapia.

Outra das formações que participei foi ministrada pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa, curso avançado de dor crónica com a duração de doze horas.

A nível do doente crítico a formação é escassa no entanto e com o mestrado em enfermagem este ano foi-nos possível fazer formação no âmbito de suporte avançado de vida ministrado pela empresa alento e ITLS (International Trauma Life Support) ministrado pela empresa femédica, ficando os cursos certificados durante cinco e três anos respetivamente. Durante estes anos de exercício profissional colaborei na integração de novos colegas de enfermagem na unidade, exerci funções de responsável de turno e atuei também como formadora em serviço com temas relativos aos cuidados paliativos.

4. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE- UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO

Antes de delinear as atividades/estratégias a desenvolver durante o estágio final é essencial perceber as características específicas do serviço onde este se vai desenvolver. Deste modo, irei proceder a uma breve caraterização do SUMC do CHUA-UHP. O SUMC está localizado no piso um da UHP e é composto pelas seguintes salas:

Decisão clínica: a área da decisão clínica surge como o local para onde são encaminhados os doentes após ser realizada a triagem que necessitam de aguardar em maca para observação médica, realização de meios complementares de diagnóstico e cuidados de enfermagem. Também é na área da decisão clínica que estão os doentes que aguardam internamento em outros serviços/especialidades. É constituída por vinte e quatro boxes com cortinas, rampa de oxigénio e de vácuo sendo que cinco destas boxes encontram-se equipadas com monitorização cardíaca. Existem duas casas de banho devidamente equipadas para uso dos doentes; dispõe de um carro de urgência/emergência com desfibrilhador; um carro de medicação e três carros de apoio à medicação constituídos por material necessário às técnicas efetuadas; um balcão que dispõe de sete computadores, quatro para uso médico e três para uso de enfermagem sendo que ainda existem mais dois computadores um para uso essencialmente dos assistentes operacionais e outro que auxilia os enfermeiros; armários com material de consumo clínico e armário com roupa. Na sala da decisão clínica estão disponíveis três boxes que servem como isolamento respiratório e que tem disponível rampa de oxigénio e vácuo.

Sala de pequena cirurgia: a sala de pequena cirurgia é composta por uma marquesa, um foco de luz, um carro de pensos e armário com material de consumo clínico. É nesta sala que são realizados todos os procedimentos necessários como drenagens torácicas, paracenteses, suturas garantindo o maior nível de assepsia. Ao lado da sala de pequena cirurgia existe outra sala de menores dimensões onde é realizada a preparação para o procedimento a ser efetuado, denomina-se de adufa.

Sala de ortopedia: a sala de ortopedia está equipada com uma marquesa, uma secretária e um computador, um armário com material de consumo clínico e todo o material necessário para os procedimentos ortopédicos necessários que são efetuados nessa mesma sala. Ao lado da sala de ortopedia existe um gabinete médico de ortopedia onde o doente é observado pelo médico e este dispõe de uma marquesa, uma secretária e um computador.

Sala de triagem: A sala de triagem é a primeira abordagem ao doente efetuada pelo enfermeiro. É nesta primeira abordagem e de acordo com os sintomas verbalizados pelo doente lhe é atribuído a prioridade clínica de atendimento através do Sistema de Triagem de Manchester. A sala é constituída por dois postos de triagem tendo uma secretária e um computador cada uma delas. Também dispõe de um monitor de avaliação de sinais vitais, um armário de arrumação de material de consumo clínico e um armário com material a ser utilizado numa situação de catástrofe ou multi-vítima.

Admissão de doentes: é uma sala que dispõe de secretárias e de quatro computadores para os administrativos puderem efetuar a inscrição do doente, pedir o transporte, dar alta clínica entre outros procedimentos administrativos. Podem ir até aos quatro administrativos num turno.

Sala de Reanimação/Emergência: a sala de reanimação tem a capacidade para receber dois doentes, ou seja, duas boxes, sendo que pode existir a possibilidade de ter três doentes em simultâneo na mesma sala. É na sala de reanimação que são prestados cuidados mais diferenciados aos doentes em situação crítica e/ou falência orgânica. Cada boxe é composta por uma maca, dois braços articulados, sendo que um braço dispõe de um monitor, material para via aérea e material necessário para punção venosa periférica. O outro braço articulado dispõe de duas seringas infusoras, uma bomba infusora, uma manga de pressão e um estetoscópio. Cada boxe tem disponível um debitómetro com ar comprimido e um ventilador. Esta sala dispõe também de três computadores, dois quadros brancos na parede, um cofre com medicação estupefaciente, medicação e vários Kits para procedimentos a serem realizados.

Sala de enfermagem: é na sala de enfermagem que são prestados cuidados aos doentes tais como avaliação dos sinais vitais, colheita de sangue, administração de medicação entre outros

procedimentos. Esta sala dispõe de duas marquesas, três computadores, dois de uso de enfermagem e outro de uso dos assistentes operacionais; dois carros de apoio à medicação; armário de medicação; monitor; seis rampas de oxigênio e três rampas de vácuo; armário de roupa. É nesta sala que estão os doentes que necessitam de lhes ser administrado oxigenoterapia e uma vigilância contínua. São encaminhados também para esta sala os doentes que estão em cadeira de rodas ou que podem ficar sentados.

Sala de espera laranja/amarelos: esta sala serve para os doentes que foram previamente triados de laranja e amarelo aguardarem a sua vez para observação médica. Esta sala está localizada perto da sala de enfermagem e dispõe de uma casa de banho.

Sala de espera verde/azuis: sala onde os doentes que lhes foi atribuída a cor verde ou azul através da triagem de Manchester e aguardam avaliação médica. Esta sala dispõe de cadeiras, televisão e uma casa de banho.

Sala/Balcão de atendimento médico: nesta sala estão dispostos quatro postos de trabalho, com secretária e respetivo computador. É nesta sala que os doentes são observados pelos médicos.

Para além destas áreas que constituem o SUMC podemos ainda salientar a existência: de um gabinete da enfermeira chefe, um gabinete do diretor clínico, um gabinete da assistente social, duas arrecadações em que uma delas serve para armazenar material de consumo clínico para repor o restante serviço e outra das arrecadações serve para armazenar equipamento clínico. Dispõe ainda de duas casas de banho para os funcionários, uma dispensa para armazenamento dos soros, dois gabinetes para médicos, uma sala de armazenamento de resíduos, duas salas de eliminação de resíduos e um corredor que se estende ao longo de todo o serviço e que dispõe de rampas de oxigênio e macas caso seja necessário.

Em termos de recursos humanos os SUMC devem dispor de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde. Devem também dispor de valências médicas obrigatórias como: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório, imuno-hemoterapia, imagiologia e patologia clínica (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa multidisciplinar do SUMC da UHP é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, administrativos, seguranças, funcionários do serviço de limpeza e funcionários do serviço de alimentação.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta e nove elementos, sendo que faz parte deste número a enfermeira chefe e a enfermeira que a substituí na sua ausência.

Estes sessenta e seis elementos são distribuídos por quatro equipas de enfermagem sendo que cada uma destas é constituída por doze elementos, um elemento assume a chefia de equipa, por norma exerce esta função um enfermeiro com o título de especialista. Aquando a ausência da enfermeira chefe de serviço e da enfermeira que a substituí na sua ausência, cabe ao enfermeiro de chefia de equipa assumir este posto. Existe uma quinta equipa que é constituída por elementos que estão a usufruir de um horário flexível ou licença de amamentação, exercendo funções maioritariamente no turno da manhã.

O método de trabalho exercido no SUMC da UHP é o método individual de trabalho. Os enfermeiros são distribuídos pelos postos existentes assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados: um enfermeiro assume chefia de equipa, um enfermeiro assume a sala de reanimação conjuntamente com outro enfermeiro que assume a via verde coronária e que ao não existir transferências para a unidade de hemodinâmica em Faro colabora com o enfermeiro de reanimação e triagem; um enfermeiro assume o posto de triagem, um enfermeiro assume decisão clínica homens e outro enfermeiro decisão clínica mulheres, dois enfermeiros assumem internamento geral; um enfermeiro assume ortopedia/pequena cirurgia e dois enfermeiros assumem sala de enfermagem.

Os registos de enfermagem são elaborados na aplicação *Alert*[®] enquanto o doente está na sala de decisão clínica homens/mulheres, sala de enfermagem e sala de reanimação. Podem ser efetuados registos também na aplicação *SClínico*[®] para os doentes que se encontram em regime de internamento geral na sala de decisão clínica, sendo a linguagem utilizada a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

A equipa médica é constituída por médicos de clínica geral, medicina interna e cirurgia geral, com o apoio da anestesiologia e da ginecologia/obstetrícia. As especialidades de oftalmologia, gastroenterologia, ortopedia, otorrinolaringologia estão disponíveis em escala alternada entre as unidades de Faro e Portimão. A especialidade de psiquiatria é realizada apenas na unidade hospitalar de Faro.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e dois elementos que são distribuídos pelas equipas existentes. A distribuição dos postos de trabalho dos assistentes operacionais é realizada pela enfermeira chefe.

5. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após um contato inicial com o local de estágio e com a equipa multidisciplinar, mais concretamente com a enfermeira chefe e o enfermeiro orientador, foi-me possível selecionar atividades/estratégias que irei desenvolver durante o estágio e que vão dar resposta à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e das competências de mestre.

Entende-se então por enfermeiro especialista “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8648).

De seguida, irei apresentar as respetivas atividades/estratégias correspondentes a cada competência.

5.1. ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE:

5.1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

Entende-se por competências comuns do enfermeiro especialista “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8649).

Independentemente da área da especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, conhecidos como as competências comuns e estas dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

Seguidamente vão estar descritas as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as suas unidades de competência e as atividades/estratégias a desenvolver para atingir as competências na sua plenitude. Os critérios de avaliação da aquisição de cada competência serão os preconizados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista para cada competência.

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência:

A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.

A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

A1.3 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.

A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Revisão do Código Deontológico dos Enfermeiros;
- Prestação de cuidados ao doente de acordo com o código deontológico do enfermeiro;
- Atuação de acordo com o Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro;
- Participação na tomada de decisões em equipa, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos;
- Aplicação dos conhecimentos éticos e deontológicos no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados ao doente/família em contexto de situação crítica;
- Reflexão com o enfermeiro orientador acerca do processo de tomada de decisão;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento por mim desempenhado ao longo do estágio.

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência:

A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.

A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Observação do enfermeiro orientador e restante equipa enquanto agentes promotores da proteção dos direitos humanos, no processo de prestação de cuidados ao doente;
- Proteção dos direitos humanos dos doentes;
- Prestação de cuidados ao doente, respeitando a confidencialidade, privacidade, valores, costumes e crenças do mesmo e sua família;
- Participação do doente no seu processo de tomada de decisão;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção;
- Atuação respeitando a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais- Diário da República- I Série A, n.º 155 de agosto de 2005;
- Consulta da Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro sobre informação em saúde;
- Consulta da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina- Diário da República- I Série A, n.º 2 de 3 de janeiro de 2001;
- Consulta dos direitos e deveres do doente nos serviços de saúde- Diário da República, I Série, n.º 57 de março de 2014;
- Consulta da Lei de Bases da Saúde- Lei n.º 48/90, de agosto;
- Consulta do Código Penal;
- Discussão com a equipa multidisciplinar sobre questões de segurança, privacidade e dignidade do doente;
- Atuação de forma sigilosa face a informação acerca do doente.

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

Colabora na concepção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência:

B1.1 — Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.

B1.2 — Incorpora diretivas e conhecimentos na prática.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Conhecimento das normas da qualidade em cuidados de saúde e em particular a norma dos padrões de qualidade da instituição (Plano estratégico de Enfermagem 2015-2018);
- Levantamento junto do enfermeiro orientador, dos principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade atualmente em prática no SUMC-UHP;
- Reflexão sobre os projetos e protocolos institucionais desenvolvidos;
- Reflexão sobre o comportamento adotado pela equipa de profissionais do SUMC-UHP no que respeita aos projetos e protocolos institucionais desenvolvidos;
- Realização de uma entrevista não estruturada com a enfermeira chefe do SUMC-UHP e com o enfermeiro orientador, de forma a perceber qual a necessidade e área de intervenção.

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Descritivo

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência:

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3 — Lidera programas de melhoria.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Participação com o enfermeiro orientador em programas de melhoria contínua de qualidade, caso surja a oportunidade durante o estágio no serviço de urgência geral;
- Reflexão junto dos profissionais de saúde do SUMC sobre estratégias para melhoria e obtenção de ganhos face às necessidades identificadas;
- Participação na formação contínua do CHUA no que refere aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente ao doente crítico, tendo por base a evidência científica existente.

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência:

B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Criação de um ambiente seguro e protetor, atendendo nomeadamente às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais do doente e da sua família;
- Respeito pelos valores e crenças religiosas/ culturais do doente e da sua família;
- Respeito pela individualidade de cada doente, proporcionando a personalização dos cuidados;
- Envolvimento da família/cuidador no processo de cuidar;
- Consulta das Políticas hospitalares referente à qualidade e segurança;
- Pesquisa bibliográfica sobre as evidências científicas mais atuais relacionadas com as áreas identificadas;
- Participação na formação contínua e obrigatória do CHUA no âmbito da gestão do risco clínico e segurança do doente;
- Gestão de uma relação de confiança com o doente e com a sua família, baseada na escuta ativa e uma comunicação eficaz que permita ao doente/família verbalizar os medos, inseguranças e que esclareça as suas dúvidas e incertezas.

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência:

C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;

- Articulação com a equipa multidisciplinar na gestão do regime terapêutico dos utentes;
- Gestão dos cuidados ao doente/família em situação crítica, avaliando as necessidades e implementando estratégias/intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem;
- Prestação de cuidados de acordo com a situação clínica e necessidades do doente, planeando o trabalho e gerindo o meu tempo;
- Reflexão sobre a prática de cuidados e a tomada de decisão, em conversas informais com o enfermeiro orientador;
- Prestação de cuidados de modo a assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança do doente de acordo com as normas e recomendações implementadas no serviço/instituição.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência:

C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Integração no SUMC-UHP;
- Observação do estilo de liderança da enfermeira chefe do serviço e do enfermeiro orientador quando este está de chefe de equipa de enfermagem;

- Reflexão com o enfermeiro orientador sobre os diferentes estilos de liderança e sobre a sua adequação e eficácia aos diferentes momentos e à dinâmica do serviço e da equipa;
- Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço;
- Reflexão sobre o comportamento por mim adotado quando presto cuidados desempenhando funções de chefia de equipa;
- Gestão adequada dos recursos físicos e humanos, na tentativa de garantir eficácia e eficiência, garantindo a qualidade dos cuidados;
- Identificação de pontos de melhoria no comportamento por mim adotado;
- Demonstração de interesse, empenho e motivação;
- Participação na discussão de assuntos relacionados com a dinâmica e organização da gestão de cuidados.

D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.

Descritivo

Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência:

D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2 — Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Reflexão sobre a prática clínica com o enfermeiro orientador;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento e atitudes por mim desempenhados;
- Gestão adequada de sentimentos e emoções;

- Gestão dos medos e dificuldades por mim sentidos;
- Reuniões informais com o enfermeiro orientador.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência:

D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;
- Pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica;
- Partilha informal com a equipa multidisciplinar do conhecimento adquirido através da pesquisa efetuada;
- Prestação de cuidados aos doentes de acordo com a evidência científica;

- Colaboração em estudos de investigação, caso surja a oportunidade;
- Consulta das Normas Hospitalares relacionadas com as técnicas necessárias à prestação de cuidados aos doentes;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na formação em serviço.

5.1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

Entende-se por competências específicas do enfermeiro especialista “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8649).

A aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica vai-me permitir no meu exercício profissional a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade baseados na evidência científica e padrões de conhecimento válidos. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p.8656).

Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8656). Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados que exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011 a, p. 8656).

De seguida, irei apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica com as respetivas unidades de competência e atividades/ estratégias a desenvolver para atingir as competências na sua totalidade. Os

critérios de avaliação da aquisição de cada competência serão os preconizados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista para cada competência.

K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades de competência:

K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

K.1.2 — Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Prestação de cuidados holísticos ao doente e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de acordo com a evidência científica;
- Identificação precoce de sinais de instabilidade do doente em situação crítica;
- Prestação e/ou observação de cuidados prestados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica na sala de emergência do SUMC-UHP;
- Prestação e/ou observação de cuidados prestados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica em ambiente pré-hospitalar, estágio da VMER;
- Reflexão sobre as situações vivenciadas no estágio da VMER;
- Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na realização de intervenções específicas com as quais ainda não tenha tido contato no meu percurso profissional;
- Revisão/aplicação dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular enfermagem médico-cirúrgica 4, com a realização do curso de ITLS (International Trauma Life Support) e Suporte Avançado de Vida;
- Acolhimento do doente e família no SUMC;
- Planeamento de intervenções de acordo com as necessidades do doente/família;
- Gestão da dor e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual;
- Alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorização invasiva e não invasiva da função hemodinâmica;
- Assistência do doente e da sua família nas perturbações emocionais decorrentes dos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Utilização de técnicas e estratégias de comunicação com o doente e a sua família adaptada à situação clínica do mesmo;
- Prestação de apoio emocional ao doente e sua família;
- Prestação de assistência à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica na gestão do medo e da ansiedade, na dignificação da morte e nos processos de luto;
- Gestão dos processos de relação terapêutica estabelecidos com o doente e com a sua família;

- Realização de registos simples e claros;
- Participação nas passagens de turno;
- Reunião informal com a enfermeira chefe, enfermeiro orientador e professora orientadora, de modo a seleccionar um tema que reflita as necessidades do serviço.

K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Descritivo

Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica; gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

Unidades de competência:

K.2.1 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.

K. 2.2 — Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe.

K.2.3 — Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Reunião informal com o elemento do gabinete de risco do CHUA;
- Conhecimento do plano de emergência externa do CHUA;
- Esclarecimento de dúvidas existentes acerca do plano de emergência externo;
- Conhecimento do plano de emergência interno do SUMC-UHP, as medidas de prevenção e de resposta do serviço em caso de situações de catástrofe e multi-vítima;

- Participação na formação contínua obrigatória no âmbito da gestão de risco e plano de emergência interna;
- Reconhecimento das saídas de emergência e ponto de encontro em caso de emergência interna;
- Esclarecimento de dúvidas do plano de emergência interno do SUMC-UHP;
- Participação caso seja possível durante o estágio final em simulação de situações de catástrofe promovidas pelo CHUA;
- Pesquisa bibliográfica sobre realização de triagem de doentes em situações de multi-vítimas ou catástrofe;
- Reflexão com o enfermeiro orientador sobre eventuais situações de catástrofe/ multi-vítima que já tenham ocorrido no serviço de urgência médico-cirúrgica.

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Descritivo

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.

Unidades de competência:

K.3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Reconhecimento da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde no SUMC-UHP;
- Conhecimento das normas de prevenção e controlo de infeção da instituição, de acordo com as recomendações nacionais, em concreto o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos;
- Reunião informal com o grupo de coordenação local do CHUA;
- Conhecimento dos valores monitorizados pelo gabinete de coordenação local e pelo elo de ligação do serviço de urgência médico-cirúrgico;
- Identificação das necessidades do serviço de urgência médico-cirúrgica inseridas nas infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Conhecimento das precauções básicas do controlo de infeção;
- Higienização das mãos sempre que necessário, (cinco momentos principais), de modo a prevenir a infeção;
- Utilização de técnicas assépticas, sempre que os procedimentos o justifiquem;
- Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cumprindo as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e a nível hospitalar.

5.1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE:

Para a realização deste curso na sua plenitude será necessário a aquisição das competências de mestre, visto o curso ser um mestrado em enfermagem com a especialidade médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica integrada. Assim sendo, as competências de mestre a adquirir são:

- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;
- Pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica;
- Prestação de cuidados aos doentes tendo em conta a dimensão ética, jurídica e deontológica;
- Participação na tomada de decisões em equipa, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos;
- Reflexão com o enfermeiro orientador acerca do processo de tomada de decisão;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento por mim desempenhado ao longo do estágio;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção;

- Participação com o enfermeiro orientador em programas de melhoria contínua de qualidade, caso surja a oportunidade durante o estágio no serviço de urgência geral;
- Prestação de cuidados de modo a assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança do doente de acordo com as normas e recomendações implementadas no serviço/instituição.
- Reflexão sobre a prática clínica com o enfermeiro orientador;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento e atitudes por mim desempenhados;
- Partilha informal com a equipa multidisciplinar do conhecimento adquirido através da pesquisa efetuada;
- Prestação de cuidados aos doentes de acordo com a evidência científica;
- Participação nas formações contínuas e obrigatórias e ações desenvolvidas no CHUA;
- Colaboração em estudos de investigação, caso surja a oportunidade;
- Consulta das Normas Hospitalares relacionadas com as técnicas necessárias à prestação de cuidados aos doentes;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na formação em serviço.

As atividades/estratégias a desenvolver para a aquisição das competências de mestre baseiam-se no conjunto de atividades que vamos desenvolver para atingir as competências comuns e nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ou seja, as competências comuns e específicas encontram-se relacionadas e estão descritas durante todo o projeto de estágio.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio foi muito importante, na medida em que me foi possível estruturar e projetar as atividades/estratégias a desenvolver durante o estágio, de modo a adquirir/desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e as competências de mestre.

Trata-se de um documento objetivo e bem organizado, que serve como linha orientadora, sendo passível de mudança no decorrer do estágio.

A aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outros traduz-se numa grande riqueza, visto que nos ajuda a crescer como pessoas e essencialmente como profissionais de saúde, zelando sempre para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Saliento que as atividades a desenvolver ou o período em que as mesmas são desenvolvidas podem sofrer algumas alterações, sendo que todos os responsáveis (enfermeira chefe, enfermeiro orientador e professora orientadora) serão devidamente informados destas alterações.

Assim, pretendo que a realização deste estágio contribua para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e que seja um momento de oportunidades sendo que me sinto empenhada, motivada e com muita expectativa face a esta nova fase do meu percurso formativo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República* n.º 153/14- 2ª Série. Ministério da Saúde. Acedido a 13 de outubro de 2018 em: <https://dre.pt/application/file/a/55606657>

Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), *Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos*, (15), 1-37. Acedido a 10 de outubro de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 35, 8656-8657. Lisboa. Acedido a 27 de setembro de 2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 123, 17240-17243. Lisboa. Acedido a 27 de setembro de 2018 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Apêndice 2 - Cronograma

CRONOGRAMA:

FASES	ATIVIDADES A DESENVOLVER	2018				2019			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico de Situação	Identificação da área temática do projeto;								
	Validação do tema com a enfermeira chefe do serviço de urgência, com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora;								
	Observação dos registos de enfermagem;								
	Análise SWOT;								
	Pesquisa bibliográfica acerca da temática;								
	Planificação do projeto de intervenção;								
Planeamento	Elaboração do questionário para aplicar à equipa de enfermagem;								
	Pedido de parecer ao Conselho de Administração e à comissão de ética do CHUA;								
Execução	Aplicação do instrumento de colheita de dados;								
	Elaboração do plano de sessão de formação;								
	Realização da sessão de formação em serviço;								
Avaliação	Divulgar a calendarização da sessão de formação à equipa de enfermagem;								
	Análise dos resultados obtidos;								

	• Avaliação das sessões de formação realizadas;								
	• Redação do relatório final;								
	• Entrega do relatório final.								

Apêndice 3 - Projeto de Intervenção Profissional



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio Final

PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO

Orientadores:

Enfermeiro Especialista Dário Reis

Professora Orientadora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Discente:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano, n.º 170531040

Ano letivo 2018/2019

Setúbal, 2 de novembro de 2018

Título do projeto:

A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO

Nome do investigador (a):

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Nível de Investigação:

Projeto de Intervenção Profissional integrado na unidade curricular estágio final, no âmbito do Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica

Responsável académico/ orientador(a) académico:

Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Orientador em contexto clínico:

Enfermeiro Especialista Dário Reis

Resumo:

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito, frequente nos utentes internados, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo subvalorizado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Está associado a um aumento dos custos e do tempo de internamento, apresentando-se como uma das causas major de mortalidade. Este interfere com a avaliação e abordagem de outros sintomas acarretando consequências para o próprio utente essencialmente a nível da sua própria segurança, para a sua família e para os profissionais de saúde.

A elevada prevalência do delirium nos doentes críticos é sem dúvida um fator de preocupação para os profissionais de saúde, pelo que é essencial, a identificação precoce dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do mesmo e a sua prevenção. O tratamento do delirium passa essencialmente pela implementação de medidas não farmacológicas, estratégias comportamentais, ambientais por parte da equipa de enfermagem, sendo o tratamento farmacológico de segunda linha, baseando-se pela administração de fármacos antipsicóticos.

O reconhecimento e a prevenção do delirium são essenciais, tornando-se imperioso o uso de instrumentos de avaliação para um maior reconhecimento precoce e sendo fundamental a formação dos profissionais de saúde neste sentido.

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Mestrado em associação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização - A Pessoa em Situação Crítica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar de Portimão com a orientação clínica do enfermeiro especialista Dário Reis e com a supervisão pedagógica da professora Maria Antónia Costa.

O estágio irá desenvolver-se no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) e terá a duração de trezentas e oitenta e oito horas, em que trezentas e trinta e seis serão de estágio, catorze horas de tutoria e oito horas de observação, distribuídas por dezoito semanas.

As redes de serviços de urgência integram o serviço de urgência básico (SUB), o serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e o serviço de urgência polivalente (SUP).

O serviço de urgência geral do CHUA- UHP é considerado um serviço de urgência médico-cirúrgico sendo considerado “o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20673).

Os SUMC requerem recursos e valências médicas obrigatórias. Em termos de recursos humanos devem dispor de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica bem como outros profissionais de saúde. Devem também dispor de valências médicas obrigatórias como: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório, imuno-hemoterapia, imagiologia e patologia clínica (Ministério da Saúde, 2014).

No decorrer do estágio está patente a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço onde o mesmo é realizado. Este projeto de intervenção

profissional tem como base identificar uma necessidade do serviço e definir estratégias/atividades a desenvolver de modo a colmatar essa necessidade.

A identificação da necessidade do serviço surgiu em conversas informais com a enfermeira chefe, enfermeiro orientador do serviço de urgência e enfermeiros chefes de equipa e ainda através da observação dos utentes e dos processos dos mesmos, mais concretamente a leitura das notas de enfermagem, onde é dito maior parte das vezes que o doente está confuso e agitado embora não são descritas quais as ações de enfermagem para a orientação do doente, nem medidas implementadas que possam atenuar esta confusão/agitação. Assim o tema para desenvolver o projeto de intervenção será: a pessoa com delirium no serviço de urgência: da prevenção à avaliação.

Para o desenvolvimento do estudo seria pertinente inicialmente e numa primeira fase a aplicação de questionários (anexo 1) à equipa de enfermagem do serviço de urgência para proceder à caracterização demográfica, académica e profissional e validação da pertinência do estudo através da identificação de necessidades formativas na área da abordagem ao utente/pessoa com delirium no serviço de urgência.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica estabelece que o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar os problemas presentes e potenciais de forma célere, prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar, realizar de forma diferenciada a gestão da dor, devendo ainda maximizar a implementação de medidas de controlo e prevenção de infeção, sendo esta informação corroborada pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b).

Tendo em conta o supramencionado, defini como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

De forma a atingir o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Formar a equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com delirium no serviço de urgência;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência, com vista à melhoria dos cuidados através da criação de uma proposta de norma de enfermagem;

- Adquirir e consolidar as competências comuns, competências de mestre e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Numa perspetiva histórica, o conjunto de sintomas a que atualmente se designa de delirium foi uma das primeiras doenças mentais a ser descrita na literatura médica, encontrando-se inúmeras referências nos trabalhos de Hipócrates. Deriva do latim “delirare”, que significa “estar fora do lugar”, “estar insano, confuso, fora de si” (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

O delirium é um problema, com consequências graves para a pessoa e para a sua família, embora na realidade subvalorizado pelos profissionais de saúde. É caracterizado por uma perturbação da atenção, da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo e costuma estar associado à perturbação do ciclo sono-vigília. A sua prevalência na população em geral é de cerca de 0,4% nos adultos com mais de 18 anos de idade e de 1,1% com idade igual ou superior a 55 anos (DSM-5, 2014).

O delirium é, provavelmente, mais prevalente do que habitualmente se pensa e é difícil de diagnosticar nos doentes críticos. A incidência vai dos 30% aos 70% nos utentes críticos médico-cirúrgicos (Urden, Stacey & Lough, 2008).

A prevalência do delirium é muito alta essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade. Estes indivíduos durante o internamento podem ter de 20% a 75% de hipóteses de falecerem ou uma taxa de mortalidade elevada após a alta hospitalar, sendo que mais de 15% morrem um mês após a alta e 25% morrem num prazo de seis meses (DSM-5, 2014).

O delirium é muito comum em doentes críticos, com uma incidência entre 47% a 80%, sendo que, nem sempre é diagnosticado devido a desvalorização e/ou não reconhecimento, ou por não ser considerado a razão primária do internamento. Cerca de 30% a 66% dos casos de delirium não são devidamente diagnosticados e tratados corretamente, podendo levar à morte do doente (Pincelli, Waters & Hupsel, 2015).

Para Pereira *et al.*, (2016) o subdiagnóstico constitui-se como um problema, uma vez que as pessoas com delirium, que não são atempadamente identificadas, acabam por não beneficiar de um tratamento adequado, com todas as complicações que isso acarreta.

Segundo Farina, Smithburger & Kane-Gill (2015), o delirium está associado a uma maior mortalidade, essencialmente em indivíduos internados, maior morbilidade, mais tempo de internamento e consequentemente mais custos.

Assim sendo, é fundamental intervir precocemente nos fatores de risco no sentido de diminuir a suscetibilidade das pessoas ao desenvolvimento do delirium.

Segundo Pereira *et al.*, (2016), “os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, tem responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro de que contribua para diminuir a ocorrência do delirium”. Assim, a sua abordagem remete para uma questão importante, a segurança da pessoa, sendo que como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica tenho uma maior responsabilidade nesse sentido.

METODOLOGIA:

Critérios de inclusão: Todos os elementos a exercer funções de enfermeiro no serviço de urgência médico-cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade Hospitalar de Portimão.

Critérios de exclusão: Serão excluídos todos os outros elementos que não desempenham funções de enfermeiro no serviço de urgência médico-cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade Hospitalar de Portimão.

Amostra/ População alvo: Equipa de Enfermagem do serviço de urgência médico-cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Contexto clínico: Serviço de urgência médico-cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão

Procedimentos metodológicos:

- Aplicação de um questionário como ferramenta diagnóstica dividido em duas partes: caracterização sociodemográfica, profissional e académica e por fim

identificação de necessidades formativas na área da abordagem ao utente com delirium no serviço de urgência;

- Realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem acerca da temática em estudo;
- Aplicação de um questionário de avaliação da sessão aplicado no final da sessão de formação aos enfermeiros.

Instrumento de recolha de dados: Os dados serão recolhidos através do preenchimento de um questionário por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência.

Instrumentos de avaliação:

- Questionário como ferramenta diagnóstica dividido em duas partes: caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e por fim identificação de necessidades formativas na área da abordagem ao utente com delirium no serviço de urgência.
- Questionário de avaliação da sessão aplicado no final da sessão de formação aos enfermeiros.

Como será mantida a confidencialidade nos registos: o preenchimento do questionário como meio de diagnóstico de situação será realizado de forma anónima e não terá nenhum dado ou informação que possa identificar quem o preenche. É garantida toda a confidencialidade dos dados obtidos bem como a sua utilização exclusiva no estudo desenvolvido de âmbito académico.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO:

FASES	ATIVIDADES A DESENVOLVER	2018				2019			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico de Situação	Identificação da área temática do projeto;								
	Validação do tema com a enfermeira chefe do serviço de urgência, com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora;								
	Observação dos registos de enfermagem;								
	Análise SWOT;								
	Pesquisa bibliográfica acerca da temática;								
	Planificação do projeto de intervenção;								
Planeamento	Elaboração do questionário para aplicar à equipa de enfermagem;								
	Pedido de parecer ao Conselho de Administração e à comissão de ética do CHUA;								
Execução	Aplicação do instrumento de colheita de dados;								
	Elaboração do plano de sessão de formação;								
	Realização da sessão de formação em serviço;								
Avaliação	Divulgar a calendarização da sessão de formação à equipa de enfermagem;								
	Análise dos resultados obtidos;								

	• Avaliação das sessões de formação realizadas;								
	• Redação do relatório final;								
	• Entrega do relatório final.								

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM- 5. 5ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República* n.º 153/14- 2ª Série.
Ministério da Saúde. Acedido a 13 de outubro de 2018 em:
<https://dre.pt/application/file/a/55606657>
- Farina, N., Smithburguer, P., & Kane-Gill, S. (2015). Critical Care, Screening and Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Hospital Pharmacy*, 50(8), 667–671. <https://doi.org/10.1310/hpj5008-667>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 35, 8656-8657. Lisboa. Acedido a 18 de outubro de 2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 123, 17240-17243. Lisboa. Acedido a 18 de outubro de 2018 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29 – 36.
[Http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006](http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006)

Pincelli, E. L., Waters, C., & Hupsel, Z. N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, *Arquivo Médico do Hospital e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, (60), 131–139. Acedido em 17 de junho de 2018, disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/600/60/AR33.pdf

Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 5ª Ed. Camarate: Lusodidacta

Wacker, P., Nunes, P.V., & Forlenza, O.V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 97-103.

Apêndice 4 - Questionário

QUESTIONÁRIO

Caro(a) colega:

Eu, Luciana Isabel Silva Duarte Mariano, aluna do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar um projeto de intervenção profissional no Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico na Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve sob a supervisão clínica do Enfermeiro Especialista Dário Reis e orientação da Professora Maria Antónia Costa.

Este projeto de intervenção profissional intitula-se: **“A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO”** e tem como linha de investigação e ação “Segurança e Qualidade de Vida”.

O questionário foi elaborado no sentido de realizar um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente. Este encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte diz respeito a uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos participantes e a segunda parte serve para validar a pertinência do tema em estudo.

Serão respeitados todos os aspetos éticos inerentes a esta pesquisa, o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Se desejar, poderá abandonar a sua participação em qualquer altura deste estudo, sem qualquer tipo de prejuízo para si.

O preenchimento deste questionário é crucial para a realização deste estudo, assim gostaria desde já agradecer a atenção disponibilizada por si.

Grata pela sua colaboração

Luciana Duarte Mariano, estudante nº. 170531040

**CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA
RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO**

**“A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA
PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO”**

Por favor leia com atenção a informação discriminada e se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita queira assinar este documento. Obrigado pelo tempo despendido.

Nome: Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Profissão: Enfermeira

Contato:

Assinatura:

Data:

Após a leitura deste documento bem como as informações verbais que me foram prestadas pela pessoa que assina acima declaro ter lido e compreendido o propósito e os objetivos do estudo. Foi-me dada a possibilidade de em qualquer altura recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que faculto, de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para o propósito referido nas garantias de anonimato e confidencialidade que me são dadas.

Assinatura do participante: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM
DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA
QUE CONSENTE.**

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA

1. Idade ____ anos
2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
3. Experiência Profissional: ____ anos ____ meses
4. Tempo de exercício de funções no Serviço de Urgência na Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve: ____ anos ____ meses
5. Especialidade em Enfermagem? Sim ☐ Não ☐
 - 5.1. Se sim qual a área de especialização? _____

PARTE II- VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO

1. Na sua prática clínica diária já prestou cuidados a utentes com delirium?
Sim ☐ Não ☐
2. Possui algum conhecimento acerca das diretrizes do delirium emanadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE)?
Sim ☐ Não ☐
3. Conhece algum instrumento de avaliação específico para a deteção do delirium?
Sim ☐ Não ☐
4. Conhece a *Confusion Assessment Method* (CAM)?
Sim ☐ Não ☐
 - 4.1. Se sim, considera que se aplica aos utentes no serviço de urgência?
Sim ☐ Não ☐
5. Gostaria de ter formação na área do delirium?
Sim ☐ Não ☐
6. Das seguintes opções apresentadas abaixo, coloque uma cruz na opção que melhor corresponde à sua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Seria pertinente e útil a criação de documentos orientadores na área do delirium, bem como a sua disponibilização para a equipa de enfermagem no serviço de urgência.	☐	☐	☐	☐
A aplicação/implementação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência traria benefícios para os doentes, famílias e equipa multidisciplinar.	☐	☐	☐	☐
Seria importante a criação de um protocolo de atuação para o tratamento do delirium.	☐	☐	☐	☐
Formar a equipa de enfermagem na área do delirium iria melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente.	☐	☐	☐	☐
A avaliação do estado cognitivo do utente é importante para a sua prática de cuidados de enfermagem.	☐	☐	☐	☐

7. Sugestões:

Obrigada pela sua colaboração!

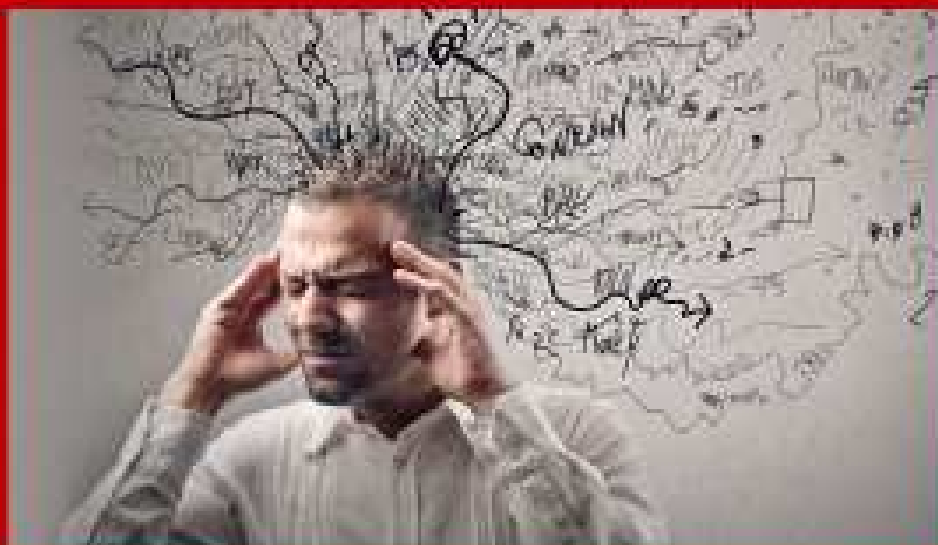
Luciana Duarte Mariano

Apêndice 5 - Análise Swot

ANÁLISE SWOT

Pontos fortes	Pontos fracos
✓ Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos; ✓ Apoio e consentimento da Enfermeira – Chefe; ✓ Ganhos em saúde associados à promoção de cuidados de qualidade ao doente no serviço de urgência; ✓ Incentivo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional.	✓ Recursos humanos limitados a nível da equipa de enfermagem; ✓ Resistência da equipa multidisciplinar à mudança; ✓ Não adesão da equipa multidisciplinar; ✓ Desmotivação da equipa multidisciplinar secundária à elevada carga de trabalho; ✓ Desconhecimento, por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem de instrumentos de avaliação do delirium.
Oportunidades	Ameaças
✓ Instituição em programa de melhoria contínua; ✓ Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada; ✓ Incrementação de medidas (não farmacológicas) que visem contribuir para a identificação de fatores de risco no desenvolvimento do delirium; ✓ Desenvolvimento de padrões de qualidade e boas práticas; ✓ Implementação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência.	✓ Mudanças a nível da administração hospitalar, reestruturação organizacional; ✓ Falta de elementos da equipa de enfermagem.

Apêndice 6 – Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“ A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO”

Local: Sala de Formação / Piso 0

Dia: 10 Janeiro de 2019 Hora: 14:30h e 16:00h

Destinatários:

Equipa de Enfermagem

Formadora: Luciana Mariano

Aluna do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica



Enfermeiro Orientador: Dário Reis
Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica



**Apêndice 7 – Plano de Sessão da Formação “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da
Prevenção à Avaliação**



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: A pessoa com delirium no serviço de urgência: da prevenção à avaliação

Serviço: Serviço de Urgência- Unidade Hospitalar de Portimão

Formadora: Enfermeira Luciana Mariano

N.º mecanográfico

82939

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência

Data: 10/01/2019

Local: Sala de Formação/ Piso 0

Duração prevista: 60 minutos

Hora: 14:30/16:00h

Objetivo Geral: Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

Específicos:

- Atualizar conhecimentos acerca da pessoa com delirium;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium na pessoa no serviço de urgência;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no serviço de urgência;
- Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no serviço de urgência;
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium através da sua uniformização dos mesmos com a criação de uma proposta de norma de enfermagem e de um fluxograma de identificação e gestão do delirium.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	• Apresentação ao grupo de formandos; • Aplicação de teste de aferição de conhecimentos; • Enquadramento teórico.	Método Expositivo	10 min
DESENVOLVIMENTO	Contextualização da temática do delirium no doente crítico: • Conceito; • Classificação; • Tipos de delirium; • Fatores de risco; • Diagnóstico; • Instrumentos de avaliação; • Medidas não farmacológicas; • Medidas farmacológicas; • Norma; • Fluxograma.	Brainstorming Método expositivo	35 min
CONCLUSÃO	• Sumário dos pontos-chave da sessão; • Esclarecimento de dúvidas existentes; • Diálogo e recolha de sugestões.	Brainstorming Método expositivo	10 min

		Método interrogativo	
AVALIAÇÃO	• Aplicação de questionário de avaliação da sessão de formação.	Questões de escolha múltipla e de resposta aberta para sugestões e comentários.	5 min
Meios audiovisuais: Projetor Multimédia e computador.			

**Apêndice 8 – Sessão de Formação “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da
Prevenção à Avaliação”**



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO”

Discente: Luciana Mariano

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Dário Reis

Supervisora Pedagógica: Professora Maria Antónia Costa

10 de Janeiro de 2019

SUMÁRIO

- Enquadramento teórico acerca do tema em estudo;
- Conceito/definição de delirium;
- Classificação;
- Fatores de risco;
- Diagnóstico;
- Instrumentos de avaliação;
- Tratamento não farmacológico;
- Tratamento farmacológico;
- Norma;
- Fluxograma.

OBJETIVOS

GERAL:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

ESPECÍFICOS:

- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium na pessoa no serviço de urgência;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium no serviço de urgência;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no serviço de urgência;
- Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no serviço de urgência;
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium através da sua uniformização com a criação de uma proposta de norma de enfermagem.

PERTINÊNCIA DO TEMA

Na sua Prática diária já prestou cuidados a utentes com delirium?



Sim Não

- 63 questionários respondidos.

Conhece algum instrumento de avaliação específico para a deteção do delirium?



Sim Não

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Caracteriza-se por uma disfunção cerebral que resulta num declínio cognitivo, sendo um importante preditor/ indicador independente de mau prognóstico, devendo ser considerado uma emergência médica, pois pode ter como causa principal um problema grave potencialmente reversível.

(Chen, Neeb & Long, 2011)

SUBDIAGNOSTICADO E NEGLIGENCIADO



Petina, Smithburger & Kane-Gill (2012)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A prevalência do delirium é muito elevada essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade. Estes indivíduos durante o internamento podem ter de 20% a 75% de hipóteses de falecerem ou uma taxa de mortalidade elevada após a alta hospitalar, sendo que mais de 15% morrem um mês após a alta e 25% morrem num prazo de seis meses.

DSM-5 (2014)

- O delirium atinge cerca de 7-10% de pessoas com mais de sessenta e cinco anos que recorrem ao serviço de urgência podendo ter consequências graves, bem como ameaça da sua qualidade de vida.

Han, Wilson & Eli (2010)



CONCEITO DE DELIRIUM



Deriva do latim “delirare”, que significa “estar fora do lugar”, “estar insano, confuso, fora de si” (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

- Perturbação da consciência;
- Cognição;
- Perceção;
- Curto período de tempo, geralmente de horas a dias;
- Flutuações ao longo do dia.

CONCEITO DE DELIRIUM



- Redução da percepção do ambiente;
- Redução da capacidade de focar;
- Redução da atenção.



- Diminuição da memória(recente);
- Desorientação geralmente no tempo e/ou no espaço;
- Perturbação da linguagem, como disartria ou afasia.



- Alucinações visuais e auditivas.

CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM

INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS:

- Ocorre alguns minutos/horas após a toma de doses altas de certas drogas.

ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS:

- Manifesta-se após a redução ou cessação da utilização de altas doses de álcool ou de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas.

MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS:

- Mais comum, especialmente nos doentes críticos em que o delirium tem mais de uma etiologia.

TIPOS DE DELIRIUM

HIPERATIVO

- Apresenta atividade psicomotora aumentada, podendo manifestar alucinações, ideias delirantes e agitação. A segurança do próprio doente está em risco, e são evidentes respostas no doente como a taquicardia, dilatação pupilar e ruborização facial.

HIPOATIVO

- Atividade psicomotora está diminuída, com sintomas como a lentificação, letargia podendo chegar ao estado estuporoso, alucinações e gestos. Encontra-se mais acamado, o risco de infeção e aparecimento de úlceras de pressão é maior.

MISTO

- O tipo misto é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo.

ETIOLOGIA

Alterações estruturais	Estados de má perfusão
Hemorragia cerebral	Choque
Acidente vascular cerebral	Insuficiência cardíaca
Hemorragia subaracnoideia	Arritmias
Encefalopatia hipertensiva	Anemia
Tumores cerebrais	Patologia infecciosa
Abcesso cerebral	Meningite/encefalite
Crise convulsiva	Sepsis
Distúrbios hidro-electrolíticos e do equilíbrio ácido-base	Pneumonia
Desidratação	Infecção urinária
Hiponatremia	Abstinência de álcool e sedativos
Hipo/hipercalcemia	Intoxicação por substâncias
Hipoxemia	Álcool
Distúrbios metabólicos e nutricionais	Heroína, cânabis, LSD
Hipoglicemia	Medicação indutora de delirium
Hipo/hipertiroidismo	Anticolínicos (antidepressivos tricíclicos)
Encefalopatia de Wernicke	Narcóticos (meperidina)
Deficiência de vitamina B12	Hipnóticos sedativos (benzodiazepinas)
Insuficiência de órgãos sistémicos	Bloqueadores dos receptores de histamina (cimetidina)
Insuficiência hepática ou renal	Corticóides
Insuficiência respiratória	Anti-hipertensores de acção central (metildopa, reserpina)
Insuficiência supra-renal	Anti-parkinsonianos (levodopa)
	Pós-operatório

FATORES DE RISCO

- O delirium é reversível quanto mais atempadamente for detetado e tratado, assim pode desaparecer em poucas horas ou dias, ou pode persistir durante semanas ou meses podendo levar a estados de coma, estuporoso ou morte do doente.

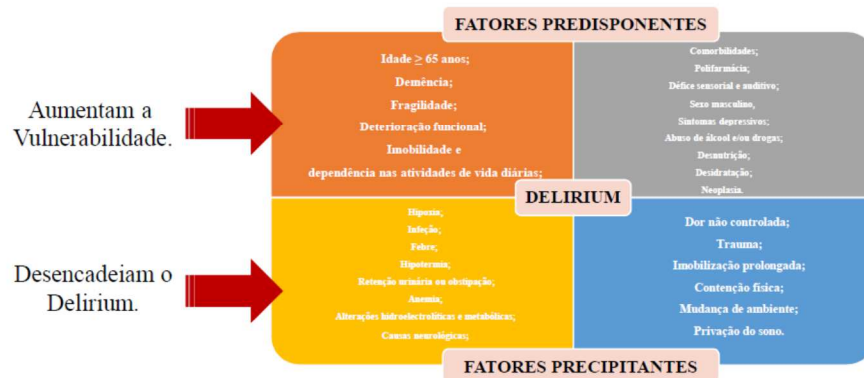
(DSM-V, 2014)

- A identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de delirium tem sido considerada como um indicador de qualidade e na melhoria da gestão do delirium a nível hospitalar.

(Carrasco & Zalaquett, 2017)

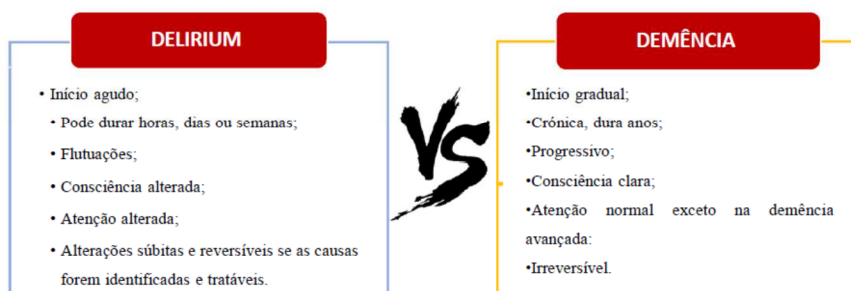


FATORES DE RISCO



DIAGNÓSTICO

O termo, síndrome confusional agudo ou doente confuso é aplicado muitas das vezes pelos profissionais de saúde a um doente com delirium.



CASO EXISTAM DÚVIDAS NO DIAGNÓSTICO, O TRATAMENTO INICIAL DEVE SER PARA DELIRIUM.

DIAGNÓSTICO

- A identificação do delirium deve ser realizada pelo uso de escalas, de instrumentos de avaliação que nos permitam efetuar um reconhecimento precoce permitindo a prestação de cuidados de suporte e tratamento de causas reversíveis.

NICE (2014)

- O delirium é frequentemente subdiagnosticado, é extremamente importante a sua monitorização visto ter implicações prognósticas importantes para o doente.

Faria & Moreno (2013)

ESCALAS

Escalas de avaliação cognitiva	Escalas diagnósticas de delirium	Escalas de gravidade de delirium	Escala de etiologia do delirium
Digit Span Test	Confusion Assessment Method (CAM) *	Delirium Rating Scale (DRS)	Delirium etiology checklist
Mini-Mental State Examination (MMSE) *	Delirium Symptom Interview (DSI)	Delirium-o-meter	
Clock drawing test *	Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) *	Delirium index	
Vigilance "A" Test	Delirium Observation Screening Scale (DOSS)	Confusional state evaluation scale	
MSQ *	Global Attentiveness Rating (GAR)	Delirium assessment scale	
NeeCham Confusion Scale *	Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) *	Delirium severity scale	
	Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) *		

* Escalas validadas para português

DIAGNÓSTICO

A *Confusion Assessment Method* (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal.

Criada em 1990 pelo Dr. Sharon Inouye.

- Deve ser utilizada somente para fins de rastreio do delirium e é considerada um instrumento de avaliação, com uma boa sensibilidade e muito boa especificidade sendo simples de utilizar, ocupando cerca de dois minutos cada avaliação.
- O papel do enfermeiro é fundamental no rastreio e na sua referenciação.
Sampaio & Sequeira (2013)
- A aplicabilidade da CAM no serviço de urgência pode aumentar a taxa de diagnóstico e reduzir a mortalidade associada ao delirium.
Ritter *et al.* (2018)



CONFUSION ASSESSMENT METHOD

Quando se aplica a CAM?

A CAM é aplicada quando existe alteração aguda do estado de consciência, alteração do comportamento da pessoa, orientação duvidosa, agitação, inquietação, lentificação, sonolência excessiva.

ALGORITMO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. *[Estado Agudo e Curso Flutuante]*
Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, em momentos e durante a gravidade?

Sim - 1

Não - 2

2A. *[Desorientação]*

O doente teve dificuldade em ficar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

3A. *[Pensamento Desorganizado]*

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversando desconexo ou incoerente, fluiu de ideias pouco claras ou díspicas, ou manifestou imprevisibilidade de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

4A. *[Nível de Consciência Alterado]*

No geral, como classifica o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1

Vigil (hiperalerta, hiperorientado a estímulos ambientais, irritado-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estado (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

CONFUSION ASSESSMENT METHOD

VERSÃO COMPLETA:

1. Início agudo e curso flutuante;
2. Desatenção;
3. Pensamento desorganizado;
4. Nível de consciência alterado;
5. Desorientação;
6. Défice de memória;
7. Distúrbios perceptuais;
8. Agitação/ lentificação psicomotora;
9. Ciclo sono-vigília alterado.



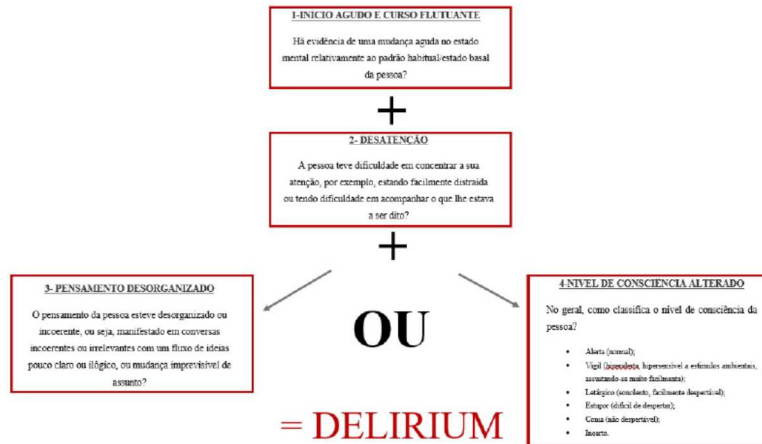
CONFUSION ASSESSMENT METHOD

VERSÃO REDUZIDA:

1. Início agudo e curso flutuante;
2. Desatenção;
3. Pensamento desorganizado;
4. Nível de consciência alterado.



ALGORITMO CAM



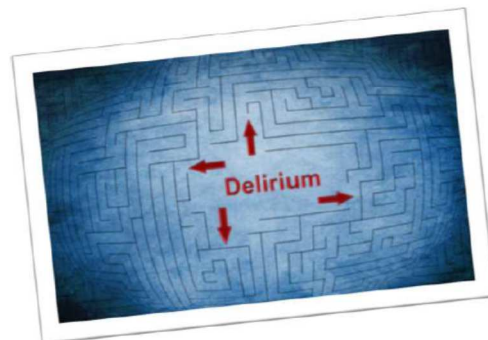
TRATAMENTO

- Após uma avaliação do estado cognitivo da pessoa, observação diária com instrumentos de triagem e identificação de elementos que orientam e/ou confirmam o diagnóstico, o passo seguinte passa por identificar a causa e estabelecer o tratamento.



TRATAMENTO

- Um reconhecimento precoce e o tratamento do agente condicionante possibilita, direccionar as intervenções quer não farmacológicas ou farmacológicas, sendo que os enfermeiros permanecem numa posição estratégica para a identificação do delirium de forma prematura, uma vez que passam muito tempo com a pessoa (Bento, Marques & Sousa, 2018).



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- A estratégia mais eficaz e amplamente recomendada é a prevenção primária por meio de uma abordagem não farmacológica abrangente, implementando protocolos padronizados, interdisciplinares e multifatoriais, sendo que estas medidas poderão não ser suficientes para obter um rigoroso controlo sintomático.



(Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce *et al.*, 2018)

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

DECLÍNIO COGNITIVO E DESORIENTAÇÃO:

- Reorientar no tempo e no espaço (explicando onde a pessoa está, quem é ele/a, qual o seu papel), lembrar à pessoa a data, o lugar e o motivo pelo qual está no hospital;
- Adequar o ambiente mantendo iluminação apropriada à hora do dia.

DÉFICE VISUAL E AUDITIVO/ PERCEÇÃO SENSORIAL:

- Colocar as próteses auditivas ou visuais da pessoa.

IMOBILIZAÇÃO/DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DA PESSOA:

- Estimular uma mobilização precoce/efetuar levantar a pessoas que seja possível;
- Manter a integridade da pele.

PRESERVAÇÃO DO SONO:

- Regular os ciclos de sono-vigília;
- Reduzir o ruído ao mínimo durante o período de sono.

INFECÇÃO:

- Prestar cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeção.

DESIDRATAÇÃO:

- Promover uma hidratação adequada à pessoa;
- Assegurar aporte de líquidos adequado.

DESNUTRIÇÃO:

- Promover uma nutrição adequada à pessoa;
- Assegurar aporte nutricional adequado.

DOR:

- Avaliar a dor através do uso de instrumentos de avaliação/escalas; Controlar a dor.

MEDICAÇÃO:

- Revisar a terapêutica desnecessária à pessoa.

PRESENÇA DA FAMÍLIA:

- Encorajar a permanência da família ou pessoa significativa com maior frequência.

RETENÇÃO URINÁRIA E OBSTIPAÇÃO:

- Promover um padrão urinário e intestinal normal.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- A contenção física não está só associada ao **desenvolvimento de delirium**, bem como à **sua persistência**. No entanto, no doente crítico com grande agitação podendo mesmo colocar-se em risco a ele próprio ou a terceiros, quedas ou remoção de dispositivos invasivos deverá proceder-se à **contenção química**, ou seja, deverá ser administrada terapêutica farmacológica para **controlo da agitação** como primeira linha.

Prayce, Quaresma, & Neto (2018)

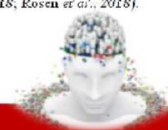
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- As medidas farmacológicas devem ser executadas, após serem identificados todos os fatores de risco associados e implementadas as medidas não farmacológicas bem como todas as causas reversíveis.

(Marra, Frimpong & Ely, 2016)

- Em relação ao tratamento farmacológico, este está indicado para reduzir a incidência, gravidade e duração do delirium e prevenir que o doente se coloque em risco a si ou a terceiros.

(Prayce *et al.*, 2018; Roscu *et al.*, 2018).



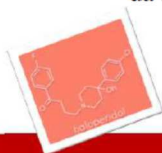
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- O fármaco mais utilizado e de eleição no tratamento do delirium hiperativo é o haloperidol.

(Faria & Moreno 2013; Schrijver, Graaf, Vries, Maier, & Nanayakkara, 2016; Prayce, Quaresma & Neto, 2018)

- O haloperidol estabiliza a função cerebral, sendo que o doente fica mais sonolento/sedado. É necessário a monitorização eletrocardiográfica do doente, visto que os neurolépticos produzem um prolongamento do intervalo QT, dando-se um aumento da incidência de disritmias ventriculares e de hipotensão.

(Hipp & Eli, 2012; Urden, Stacy & Lough, 2013; Wada *et al.*, 2017)



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Alguns estudos realizados indicam que o efeito dos antipsicóticos atípicos no delirium é similar ao do haloperidol.

Faria & Moreno (2013)

- A quetiapina, a olanzapina, a risperidona e a trazodona são fármacos alternativos ao haloperidol para o tratamento do delirium no doente crítico pela sua eficácia, segurança e menos efeitos secundários.

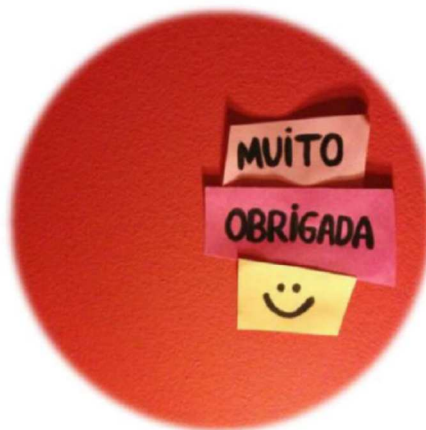
(Hawkins, Bucklin & Muzyk (2013); Wang, Woo & Bahk (2013); Wada et al. (2017) & Jain, Arun, Sidana & Sachdev (2018))

FÁRMACOS

Fármaco	Mecanismo de ação	Dose	Benefícios	Efeitos secundários
Haloperidol	Antipsicótico típico	0,25 mg-1mg 2,5mg-5mg Via oral, SC, IM e EV. A cada 4 horas ou SOS se agitação.	Pouco sedativo e poucos efeitos extrapiramidais.	Sintomas extrapiramidais se grandes doses necessitam de monitorização cardíaca, prolongamento do intervalo QT.
Risperidona	Antipsicótico atípico	0,25mg-1 mg Dia Via oral SOS se agitação.	Pouco sedativo e poucos efeitos extrapiramidais.	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol. Com prolongamento do intervalo QT.
Olanzapina	Antipsicótico atípico	2,5mg-5 mg Via oral sublingual Máx. 10 mg ou 20mg /24h	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol.	Mais sedativo que o haloperidol.
Quetiapina	Antipsicótico atípico	12,5mg-25mg 25mg-50 mg Via oral	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol. Usado em pessoas com Parkinson.	Mais sedativo que o haloperidol. Hipotensão.
Lorazepam	Benzodiazepinas	0,25mg-1 mg Via oral A cada 6 horas ou em SOS se agitação.	Fármaco de eleição em situações de agitação de benzodiazepinas ou antecederem de síndrome neurológica maligna.	Mais agitação paradoxal que o haloperidol. Depressão respiratória.

EM SÍNTESE...

- O aparecimento do delirium na pessoa no serviço de urgência pode ter consequências graves para a própria pessoa no sentido de aumentar o tempo de internamento, aumenta a mortalidade e um declínio cognitivo e funcional, para a família que ao lidarem com este tipo de situações desenvolvem sentimentos negativos os quais muitas das vezes prejudicam a relação com os profissionais de saúde comprometendo os cuidados prestados e o seu impacto económico é significativo.
- É imprescindível a educação e a formação dos profissionais de saúde com o desenvolvimento de protocolos e formação de equipas com profissionais que permitam a prevenção, identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas.



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM- 5. 5ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores
- Bannon, L., Mcgaughey, J., Clarke, M., Mcasley, D. F., & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*, 5 (75), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0254-0>
- Bento, M.S.P.M., Marques, R.M.D. & Sousa, P.P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado- uma revisão bibliográfica. *Revista eletrônica trimestral de Enfermagem*, 52, 657-673. ISSN 1695- 6141. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
- Carrazco, M., Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una Epidemia desde el Servicio de Urgencia a la Unidad de Paciente Crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28 (2), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.019>
- Cerejeira, J. (2016). Delirium complica até 30% dos internamentos hospitalares de doentes idosos. *Cérebro & Mente – Associação para o Desenvolvimento em Investigação em Saúde Mental*. Acedido a 27 de dezembro de 2018, disponível em: <https://www.vitalhealth.pt/opiniao/4092-delirium-complica-at%C3%A9-30-dos-internamentos-hospitalares-de-doentes-idosos.html>
- Faria, R. S. B. & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Farina, N., Smithburger, P., & Kane-Gill, S. (2015). Critical Care, Screening and Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Hospital Pharmacy*, 50(8), 667–671. <https://doi.org/10.1310/hpp.5008-667>
- Han, J.H., Wilson, A. & Wesley, E. (2010). Delirium in the Older Emergency Department Patient- A Quiet Epidemic. *Emerg Med Clin North Am*, 28(3), 611–631. <http://doi:10.1016/j.emc.2010.03.003>
- Hawkins, S.B., Bucklin, M., & Muzzyk, A. J. (2013). Quetiapine for the treatment of delirium. *Society of Hospital Medicine*, 8(4), 215-220. <http://doi: 10.1002/jhm.2019>
- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, (9), 158–175. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>
- Jain, R., Arora, P., Sidana, A., & Sachdev, A. (2018). Comparison of efficacy of haloperidol and clanzapine in the treatment of delirium. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianPsychiatry>
- Lôbo, R.R. Filho, S.R.B.S, Lima, N.K.C, Ferrioli, E. & Moriguti, J.C. (2010). Delirium. *Medicina*, 43(3), 249-57. Ribeirão Preto
- Marra, A., Frumpong, K., & Ely, E. W. (2016). The ABCDEF Implementation Bundle. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 31(3), 181–194. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2016.00682>
- Nationale Institute for Health and Care Excellence. (2014). Delirium in adults. Acedido a 1 de junho de 2018, disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/q963/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962457>

BIBLIOGRAFIA

- Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29–36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
- Pincelli, E. L., Waters, C., & Hupsel, Z. N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivo Médico do Hospital e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, (60), 131–139. Acedido em 17 de junho de 2018, disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/600/60/AR33.pdf
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7 th Vital Sign?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Ritter, S.R.F, Zoccolia, M.M.P.L, Cardoso, A.F, Freitas, M.P.D & Camargosa, E.F. (2018). Adaptation of a Delirium Screening Test for Elderly Adults Admitted to Emergency Departments. *Geriatrics Gerontology and Aging*, 12(2), 81-88. <http://doi:10.5327/Z2447-2115201818000032>
- Sampaio, F.M.C & Sequeira, C.A.C. (2013). Tradução e Validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista Enfermagem de Referência*, 3(9), 125-134. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12127>
- Schrijver, E. J. M., Graaf, K. De, Vries, O. J. De, Maier, A. B., & Nanayakkara, P. W. B. (2016). European Journal of Internal Medicine Efficacy and safety of haloperidol for in hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. *European Journal of Internal Medicine*, (27), 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.10.012>
- Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 5ª ed. Camarate: Lusodidacta
- Wada, K., Morita, Y., Iwamoto, T., Mifune, Y., & Nojima, S. (2018). First- and second-line pharmacological treatment for delirium in general hospital setting - Retrospective analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, (32), 50–53. <https://doi.org/10.1016/j.am.2017.11.028>
- Wacker, P., Nunes, P.V., & Forlenza, O.V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 97-103.
- Wang, H. R., Woo, Y. S., & Bahk, W. (2013). Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (67), 323–331. <https://doi.org/10.1111/pcn.12066>

Apêndice 9 - Teste de Aferição de Conhecimentos

2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização- A Pessoa em Situação crítica

Estágio Final

Serviço de Urgência- Unidade Hospitalar de Portimão

Teste de aferição de conhecimentos

**“A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À
AVALIAÇÃO”**

1. Das questões que se seguem, escolha em cada questão a afirmação que na sua opinião é a correta:

1.1. Podemos definir delirium como:

- a) Uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num período de tempo longo, geralmente de meses a anos;
- b) Uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia;
- c) Uma perturbação do pensamento que se desenvolve num período de tempo longo, geralmente de meses a anos;
- d) Uma perturbação do pensamento que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia.

1.2. O delirium pode ser classificado como?

- a) Induzido por substâncias;
- b) Múltiplas etiologias;
- c) Abstinência de substâncias;
- d) Todas as afirmações anteriores;

1.3. Quais os fatores de risco para o desenvolvimento do delirium?

- a) Demência, Infecção, Privação do sono, Imobilidade, Polimedicação;
- b) Demência, Infecção, Sexo feminino, Depressão, Imobilidade;
- c) Depressão, Demência, Úlcera de Pressão, Imobilidade, Desnutrição;
- d) Todas as afirmações anteriores estão corretas;

1.4. A *Confusion Assessment Method* (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal. Esta permite o rastreio/ diagnóstico do delirium através de uma versão completa com 9 critérios e uma versão reduzida da escala com apenas 4 critérios. Na versão reduzida quais os quatro critérios em que a mesma assenta?

- a) Início agudo e curso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado e nível de consciência alterado;
- b) Ciclo sono-vigília alterado; agitação psicomotora; lentificação psicomotora e défice de memória;
- c) Desorientação; nível de consciência alterado; ciclo sono-vigília alterado e pensamento desorganizado;
- d) Agitação psicomotora; nível de consciência alterado; desorientação e pensamento desorganizado.

1.5. Qual das seguintes afirmações, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do delirium?

- a) Manter contenções físicas na pessoa agitada;
- b) Estimular a mobilidade da pessoa;
- c) Reduzir a presença de visitas;
- d) Todas as afirmações anteriores.

2. Responda em relação às seguintes afirmações se são verdadeiras (V) ou falsas (F).

- 2.1. O delirium está relacionado com um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade intra-hospitalar bem como o aumento dos custos e do tempo de internamento.
- 2.2. A prevenção de fatores de risco assim como a adoção de uma abordagem não terapêutica são considerados o tratamento de primeira linha na abordagem do delirium.
- 2.3. Os fármacos de eleição no tratamento do delirium hiperativo são as benzodiazepinas.
- 2.4. A olanzapina, a quetiapina e a risperidona são os fármacos mais utilizados no controlo dos sintomas provocados pelo delirium.
- 2.5. A contenção física não está associada ao desenvolvimento de delirium bem como à sua persistência.

Obrigada pela sua colaboração!

Aluna: Luciana Mariano, nº de estudante 170531040

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Dário Reis

Supervisão Pedagógica: Professora Maria Antónia Rasa da Costa

Apêndice 10 – Teste de Avaliação da Sessão

2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização- A Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final

Serviço de Urgência- Unidade Hospitalar de Portimão

Avaliação da sessão de formação

**“A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À
AVALIAÇÃO”**

O preenchimento deste questionário objetiva a avaliação da sessão formativa no que concerne aos conteúdos apresentados, à metodologia utilizada e ao desempenho da formadora. Tal tem como propósito compreender se os objetivos propostos foram atingidos, perspetivando a melhoria dos mesmos.

Na escala utilize: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

<u>Em relação à sessão formativa:</u>	1	2	3	4
• Os objetivos da sessão foram claros;				
• O tema abordado foi adequado;				
• Correspondeu às suas expectativas;				
• Os meios audiovisuais utilizados foram adequados;				
• As instalações utilizadas foram adequadas;				
• O horário da sessão foi adequado;				
• A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada;				
• Avaliação Global da Formação.				
<u>Em relação à formadora:</u>				
• Domínio dos conteúdos apresentados;				
• Clareza na transmissão dos conteúdos;				
• Criação de um clima favorável à participação dos formandos;				
• Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas;				
• Gestão do tempo;				
• Pontualidade;				
• Avaliação Global da Formadora.				

Afirmações	1	2	3	4
A realização desta formação sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência contribuiu para melhorar os seus conhecimentos acerca da temática.				
A realização desta formação sobre a pessoa com delirium no serviço de urgência contribuiu para melhorar a qualidade e segurança da pessoa.				

Comentários e sugestões:

Faça um comentário, sugestão de melhoria relativamente à sessão de formação:

2. Das questões que se seguem, escolha em cada questão a afirmação que na sua opinião é a correta:

2.1. Podemos definir delirium como:

- e) Uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num período de tempo longo, geralmente de meses a anos;
- f) Uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia;
- g) Uma perturbação do pensamento que se desenvolve num período de tempo longo, geralmente de meses a anos;
- h) Uma perturbação do pensamento que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia.

2.2. O delirium pode ser classificado como?

- e) Induzido por substâncias;
- f) Múltiplas etiologias;
- g) Abstinência de substâncias;
- h) Todas as afirmações anteriores;

1.3. Quais os fatores de risco para o desenvolvimento do delirium?

- e) Demência, Infecção, Privação do sono, Imobilidade, Polimedicação;
- f) Demência, Infecção, Sexo feminino, Depressão, Imobilidade;
- g) Depressão, Demência, Úlcera de Pressão, Imobilidade, Desnutrição;
- h) Todas as afirmações anteriores estão corretas;

2.4. A *Confusion Assessment Method* (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal. Esta permite o rastreio/ diagnóstico do delirium através de uma versão completa com 9 critérios e uma versão reduzida da escala com apenas 4 critérios. Na versão reduzida quais os quatro critérios em que a mesma assenta?

- e) Início agudo e curso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado e nível de consciência alterado;
- f) Ciclo sono-vigília alterado; agitação psicomotora; lentificação psicomotora e défice de memória;
- g) Desorientação; nível de consciência alterado; ciclo sono-vigília alterado e pensamento desorganizado;
- h) Agitação psicomotora; nível de consciência alterado; desorientação e pensamento desorganizado.

2.5. Qual das seguintes afirmações, é uma intervenção de enfermagem para a prevenção do delirium?

- e) Manter contenções físicas na pessoa agitada;
- f) Estimular a mobilidade da pessoa;
- g) Reduzir a presença de visitas;
- h) Todas as afirmações anteriores.

3. Responda em relação às seguintes afirmações se são verdadeiras (V) ou falsas (F).

- 2.6. O delirium está relacionado com um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade intra-hospitalar bem como o aumento dos custos e do tempo de internamento.
- 2.7. A prevenção de fatores de risco assim como a adoção de uma abordagem não terapêutica são considerados o tratamento de primeira linha na abordagem do delirium.
- 2.8. Os fármacos de eleição no tratamento do delirium hiperativo são as benzodiazepinas.
- 2.9. A olanzapina, a quetiapina e a risperidona são os fármacos mais utilizados no controlo dos sintomas provocados pelo delirium.
- 2.10. A contenção física não está associada ao desenvolvimento de delirium bem como à sua persistência.

Obrigada pela sua colaboração!

Aluna: Luciana Mariano, nº de estudante 170531040

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Dário Reis

Supervisão Pedagógica: Professora Maria Antónia Rasa da Costa

Apêndice 11 - Proposta de Norma de Procedimento de Cuidados de Enfermagem “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência”

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	NP: _____ DATA: 10/01/2019	FOLHA 1/42
ASSUNTO: A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO CIRÚRGICO UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO		ELABORADO POR: Luciana Mariano, Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica, Área de Especialização– A Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro-Orientador: Enfermeiro Dário Reis, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica; Professora Orientadora: Professora Maria Antónia Costa VALIDADO POR: Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, Unidade Hospitalar de Portimão: Enfermeira Leonor Luís Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica	
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Manual de Enfermagem –Serviço de Urgência		APROVADO POR: Documento Aprovado Original Arquivado	
ENTRADA EM VIGOR:		EM:	
SUBSTITUI: Sem antecedentes.			
PALAVRAS-CHAVE: Delirium, CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>), Prevenção, Serviço de Urgência.		A REVER EM:	

I- ENQUADRAMENTO

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo por vezes subvalorizado e negligenciado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Atualmente, uma correta identificação, uma gestão adequada bem como a implementação de protocolos de prevenção do delirium são consideradas um desafio para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

O delirium é frequentemente observado em pessoas hospitalizadas, afetando maioritariamente pessoas de idade avançada, visto apresentarem uma taxa mais elevada de comorbilidades associadas. Segundo Han, Wilson & Eli (2010), o delirium atinge cerca de 7-10% de pessoas com mais de sessenta e cinco anos que recorrem ao serviço de urgência podendo ter consequências graves, bem como ameaça da sua qualidade de vida.

Carateriza-se por uma disfunção cerebral que resulta num declínio cognitivo, sendo um importante preditor/ indicador independente de mau prognóstico, devendo ser considerado uma emergência médica, pois pode ter como causa principal um problema grave potencialmente reversível. É por vezes, subdiagnosticado e negligenciado relacionando-se com um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, bem como um aumento dos custos e do tempo de internamento sendo que a longo prazo agrava as taxas de

deterioração cognitiva e funcional alterando a qualidade de vida da pessoa (Cerejeira, 2016; Carrasco & Zalaquett (2017); Farina, Smithburger & Kane-Gill (2015)). Para Pereira *et al.*, (2016) o subdiagnóstico constitui-se como um problema, uma vez que as pessoas com delirium, que não são atempadamente identificadas, acabam por não beneficiar de um tratamento adequado, com todas as complicações que isso acarreta.

A prevalência do delirium é muito alta essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade. Estes indivíduos durante o internamento podem ter de 20% a 75% de hipóteses de falecerem ou uma taxa de mortalidade elevada após a alta hospitalar, sendo que mais de 15% morrem um mês após a alta e 25% morrem num prazo de seis meses (DSM-5, 2014).

O delirium detém considerável relevância para a saúde pública, constituindo um alvo de intervenção para a melhoria dos cuidados de saúde e redução das despesas, sendo cada vez mais considerado um indicador da qualidade dos cuidados de saúde. Para Cerejeira (2016), o delirium aumenta significativamente a necessidade de cuidados de saúde à população, representando um acréscimo económico, comparável à diabetes mellitus e às quedas, calculado em mais de 50 000 euros/doente/ano.

A capacidade de avaliar o delirium, de forma objetiva, clara e precisa, é uma componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo.

O delirium é considerado uma emergência médica na medida em que a pessoa com o estado mental alterado pode ter outras causas que podem colocar a mesma em risco se não forem tidas como prioritárias. Assim, todas as pessoas admitidas no serviço de urgência que apresentem fatores predisponentes para o delirium ou que apresentem alteração do seu estado mental, bem como sonolência excessiva, agitação, orientação duvidosa ou alterações do comportamento devem ser consideradas pessoas de risco e realizada uma triagem no sentido de identificar ou não a presença de delirium (Ritter, Zoccoli, Lins, Cardoso, Freitas & Camargos, 2018).

O primeiro contato com a pessoa na maioria das vezes é realizado no serviço de urgência, assim é fulcral que a equipa de enfermagem esteja familiarizada com a temática, como identificar e como gerir o delirium podendo contribuir para a diminuição dos riscos associados e para uma melhoria de cuidados de qualidade à pessoa (Carrasco & Zalaquett, 2017).

II- DEFINIÇÃO

DELIRIUM: O delirium caracteriza-se por uma perturbação da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia. A perturbação da consciência manifesta-se por uma redução da perceção do ambiente, da capacidade de focar, manter ou transferir sendo que a atenção está reduzida. A alteração da cognição pode manifestar-se através da diminuição da memória, mais evidente para a memória recente, desorientação geralmente no tempo ou no espaço e/ou perturbação da linguagem, como disartria, disnomia, disgrafia ou mesmo afasia. As perturbações da perceção estão ligadas a interpretações incorretas ou alucinações visuais, auditivas, tácteis, gustativas e olfativas. É crucial ter em conta o ambiente cultural e educacional do doente (DSM-5,2014; Faria & Moreno, 2013).

O estado de perturbação da consciência, cognição e percepção pode estar ligado a uma inversão completa do ciclo sono-vigília, que pode incluir sonolência diurna ou agitação noturna e dificuldade em adormecer (DSM-5, 2014).

Muitas das vezes, o delirium é confundido com a demência, no entanto é imperioso que se faça a distinção entre ambos. A perturbação da consciência é comum no delirium, mas não está presente na demência, bem como o aparecimento e evolução dos défices cognitivos, no delirium é rápido levando dias ou horas, enquanto que na demência o aparecimento é mais gradual ou insidioso (DSM-5, 2014). A demência tende a desenvolver-se lentamente, é uma doença crónica, progressiva para a qual não há cura, ao passo que o delirium é caracterizado por alterações súbitas e reversível se as causas forem identificadas e tratáveis. Caso existam dúvidas no diagnóstico, o tratamento inicial deve ser orientado para o delirium (NICE, 2014).

III- OBJETIVO

Geral:

- ✓ Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência.

Específicos:

- ✓ Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados a pessoas com delirium no serviço de urgência;
- ✓ Melhorar a avaliação, prevenção e controlo do delirium na pessoa no serviço de urgência;
- ✓ Maior facilidade no reconhecimento do diagnóstico de delirium;
- ✓ Melhorar os conhecimentos e prática dos enfermeiros perante o delirium permitindo cuidados de maior qualidade à pessoa.

IV- INFORMAÇÕES GERAIS

A. QUEM EXECUTA

O enfermeiro.

B. HORÁRIO

- ✓ Diariamente a pessoas em balcão ou em internamento geral do serviço de urgência;
- ✓ Em caso de alteração da situação clínica da pessoa;
- ✓ Em caso de alteração do estado de consciência da pessoa;
- ✓ Em caso de alteração do comportamento da pessoa.

C. CONSIDERAÇÕES GERAIS

CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM: Segundo DSM-5 (2014), o delirium pode classificar-se como **induzido por substâncias**, ocorrendo alguns minutos ou horas após a toma de doses altas de certas drogas; **abstinência de substâncias**, que se manifesta após a redução ou cessação da utilização de altas doses de álcool ou de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas e delirium por **múltiplas etiologias**. O

delirium por múltiplas etiologias, surge como a situação mais comum, especialmente nos utentes críticos em que o delirium tem mais de uma etiologia.

A alteração de comportamento psicomotor está frequentemente ligada ao aparecimento do delirium. Assim, este pode essencialmente dividir-se em três subtipos: **hiperativo, hipoativo e misto**.

No **delirium hiperativo**, a pessoa apresenta atividade psicomotora aumentada, podendo manifestar alucinações, ideias delirantes e agitação. Neste tipo de delirium a segurança da própria pessoa está em risco, visto esta puder sair da cama, retirar dispositivos médicos, ter movimentos súbitos inadequados, sendo evidente respostas na pessoa como a taquicardia, dilatação pupilar, diaforese e ruborização facial. Quando a atividade psicomotora está diminuída, com sintomas como a lentificação, letargia podendo chegar ao estado estuporoso, resmungar consigo próprio, alucinações e gestos estamos perante o **delirium hipoativo**. Uma vez que a pessoa se encontra mais acamado, o risco de infeção e aparecimento de úlceras de pressão é maior. O tipo **misto** é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo (Carrasco & Zalaquett 2017; DSM-5, 2014; Prayce, Quaresma & Neto 2018; Urden *et al.*, 2008).

Os sintomas do delirium são mais tipicamente a agitação, inquietação, ansiedade, irritabilidade, desorientação, falta de atenção ou perturbações do sono. O delirium é reversível quanto mais atempadamente for detetado e tratado, assim pode desaparecer em poucas horas ou dias, ou pode persistir durante semanas ou meses podendo levar a estados de coma, estuporoso ou morte da pessoa (DSM-5, 2014).

FATORES DE RISCO: Em Portugal, o delirium está pouco estudado sendo que o número de fatores de risco associados deve ser tomado em atenção para uma abordagem multifatorial. Assim, existem fatores de risco para o delirium modificáveis e não modificáveis (Faria & Moreno, 2013). Os fatores não modificáveis assentam essencialmente nas variáveis: idade, sexo, doenças crónicas entre outros, ou seja, são pré-existentes ao internamento, enquanto que os modificáveis assentam nos fatores que são passíveis de ser mudados/tratados, decorrem da situação de patologia aguda e/ou de causas iatrogénicas/ ambientais (NICE, 2014; Pereira *et al.*, 2016). Assim, e fazendo analogia com o supracitado existem também fatores predisponentes e fatores precipitantes do delirium.

Os **fatores predisponentes** são considerados fatores que correspondem à vulnerabilidade do doente desenvolver delirium como:

- Idade superior a sessenta e cinco anos;
- Demência;
- Fragilidade;
- Deterioração funcional;
- Imobilidade;
- Dependência nas atividades de vida diárias;
- Comorbilidades;
- Polifarmácia;
- Défice sensorial e auditivo;
- Sexo masculino;
- Sintomas depressivos;
- Abuso de álcool e/ou drogas;

- Desnutrição;
- Desidratação;
- Neoplasia.

Os **fatores precipitantes** por norma são reversíveis e são consistentemente identificadores do delirium:

- Hipoxia;
- Infecção;
- Febre;
- Hipotermia;
- Retenção urinária ou obstipação;
- Anemia;
- Alterações hidroelectrolíticas e metabólicas;
- Causas neurológicas;
- Dor não controlada;
- Trauma;
- Imobilização prolongada;
- Contenção física;
- Mudança de ambiente;
- Privação do sono.

O delirium pode ser desencadeado por um fator isolado, no entanto é mais comum inter-relacionarem-se os fatores supramencionados (Carrasco & Zalaquett, 2017; Lôbo, Silva, Lima, Ferrioli & Moriguti, 2010).

Para Faria & Moreno (2013) a prevenção é primordial ao tratamento, a identificação precoce dos fatores de risco não só diminui a incidência do delirium como a sua severidade e a duração dos sintomas.

O delirium pode ser a primeira manifestação de uma doença aguda potencialmente grave ainda mesmo antes do aparecimento de outros sintomas tais como: febre, taquicardia, taquipneia, hipoxia entre outros. É fulcral uma anamnese completa e procurar saber se existe evidência de deterioração cognitiva bem como quando houve mudança ou alteração do estado de consciência (Carrasco & Zalaquett, 2017).

É fundamental intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis/precipitantes, no sentido de diminuir a suscetibilidade das pessoas ao desenvolvimento do delirium (NICE, 2014).

A identificação de fatores de risco na admissão hospitalar é o primeiro passo para melhorar as estratégias de prevenção e diagnóstico e tem sido considerada como um indicador de qualidade e na melhoria da gestão do delirium a nível hospitalar (Carrasco & Zalaquett, 2017).

DIAGNÓSTICO/ INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: O termo, síndrome confusional agudo ou doente confuso é aplicado muitas das vezes pelos profissionais de saúde a uma pessoa com delirium. É crucial que se avalie através de instrumentos de avaliação validados e se faça um diagnóstico correto, de modo a prevenir e/ ou tratar de melhor forma. Tendo em conta que esta síndrome é frequentemente subdiagnosticada a monitorização do delirium constitui um processo fundamental (Faria & Moreno 2013). A avaliação do delirium apresenta-se fulcral não só como indicador de disfunção orgânica, mas também para prevenir lesões com o intuito de melhor adequar as medidas preventivas e terapêuticas.

Segundo Faria & Moreno (2013), sendo o delirium frequentemente subdiagnosticado, é extremamente importante a sua monitorização visto ter implicações prognósticas importantes para o doente. Assim, a capacidade de avaliar o delirium, de forma objetiva, clara e precisa, é uma componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo.

Para Sampaio & Sequeira (2013), o papel do enfermeiro é fundamental no rastreio e na sua referenciação, uma vez que o delirium constitui uma emergência médica.

A identificação do delirium deve ser realizada pelo uso de escalas, de instrumentos de avaliação que nos permitam efetuar um reconhecimento precoce permitindo a prestação de cuidados de suporte e tratamento de causas reversíveis (NICE, 2014).

A *Confusion Assessment Method* (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal, apenas com quatro critérios, numa versão reduzida, sendo que estes são os principais permitindo o rastreio ou o diagnóstico da presença/ausência do delirium (anexo 1 e anexo 2).

A CAM deve ser utilizada somente para fins de rastreio de delirium e é considerada um instrumento de avaliação, com uma boa sensibilidade e muito boa especificidade sendo simples de utilizar, ocupando cerca de dois minutos cada avaliação, mediante uma avaliação cognitiva prévia (Lôbo *et al.*, 2010; Ritter *et al.*, 2018; Sampaio & Sequeira, 2013). A aplicabilidade da CAM no serviço de urgência pode aumentar a taxa de diagnóstico e reduzir a mortalidade associada ao delirium (Ritter *et al.*, 2018).

Existem vários modelos desenvolvidos em diferentes contextos e que são úteis para concentrar os esforços, no sentido de implementar medidas preventivas, monitorizar o risco realizando um diagnóstico e uma gestão adequada (Carrasco & Zalaquett, 2017).

TRATAMENTO: Após uma avaliação da presença de fatores de risco na admissão da pessoa no serviço de urgência, observação diária com instrumentos de triagem e identificação de elementos que orientam e/ou confirmam o diagnóstico, o passo seguinte passa por identificar a causa e estabelecer o tratamento.

O delirium pode ser reversível, se a sua causa for identificada atempadamente e o tratamento baseia-se em medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas/terapêutica. Um reconhecimento precoce e o tratamento do agente condicionante possibilita, direcionar as intervenções quer não farmacológicas ou farmacológicas, sendo que os enfermeiros permanecem numa posição estratégica para a identificação do delirium de forma prematura, uma vez que passam muito tempo com a pessoa (Bento, Marques & Sousa, 2018).

A prevenção dos fatores de risco bem como a adoção de medidas não farmacológicas, são considerados o tratamento de primeira linha na abordagem do delirium embora em termos farmacológicos ainda se encontre pouco evidenciada/estudada a sua eficácia (Prayce *et al.*, 2018).

V- DESTINATÁRIOS

- ✓ Todas as pessoas que recorrem ao serviço de urgência e apresentem sintomatologia que indicie o aparecimento/desenvolvimento do delirium.

VI- PROCEDIMENTO/INSTRUÇÕES

Para Bannon *et al.*, (2016), as medidas não farmacológicas constituem todas as estratégias implementadas sem recurso a fármacos. A estratégia mais eficaz e amplamente recomendada é a prevenção primária por meio de uma abordagem não farmacológica abrangente, implementando protocolos padronizados, interdisciplinares e multifatoriais, sendo que estas medidas poderão não ser suficientes para obter um rigoroso controlo sintomático (Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce *et al.*, 2018).

Sendo o tratamento não farmacológico considerado a primeira abordagem para o tratamento do delirium e após a leitura de alguns estudos são algumas as intervenções/estratégias ambientais, sociais e comportamentais que adotadas podem ajudar no controlo do delirium na pessoa no serviço de urgência.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Ao primeiro contato com a pessoa no serviço de urgência deve realizar uma abordagem ABCDE: A- <u>Permeabilização da via aérea:</u> • Inspeccionar a cavidade oral e remover corpos estranhos se houver necessidade. B- <u>Respiração:</u> • Monitorizar o padrão respiratório; • Avaliar a oximetria de pulso. C- <u>Circulação:</u> • Monitorização eletrocardiográfica, se necessário; • Avaliar a frequência cardíaca e ritmo cardíaco; • Avaliar a Tensão Arterial. D- <u>Avaliar disfunção neurológica:</u> • Avaliar o estado de consciência através da Escala de comas de Glasgow (anexo 6); • Avaliar a reação pupilar: tamanho, simetria e reação à luz; • Avaliar a glicémia capilar; E- <u>Exposição:</u> • Avaliar a temperatura timpânica.	Avaliar o estado hemodinâmico da pessoa, identificar fatores de risco predisponentes e precipitantes; Assegurar a permeabilidade da via aérea; Manter um padrão respiratório eficaz; Manter um padrão circulatório eficaz; Identificar possíveis alterações neurológicas; Manter a temperatura da pessoa dentro dos parâmetros normais; Reduzir/ Prevenir complicações;

2. Colheita de informação de antecedentes pessoais e história atual; 3. Identificar alterações agudas no estado mental da pessoa (alterações do estado de consciência, alterações do comportamento e orientação duvidosa); 4. Aplicar um instrumento de monitorização do delirium, como a CAM (Confusion Assessment Method); Sem evidência de delirium, aplicar estratégias não farmacológicas e reavaliar a situação sempre que necessário; Com evidência de delirium:  5. Identificar fatores de risco predisponentes e precipitantes do delirium; <u>Predisponentes:</u> Idade superior a sessenta e cinco anos; Demência; Fragilidade; Deterioração funcional; Imobilidade; Dependência nas atividades de vida diárias; Comorbilidades; Polifarmácia; Défice sensorial e auditivo; Sexo masculino; Sintomas depressivos; Abuso de álcool e/ou drogas; Desnutrição; Desidratação e Neoplasia. <u>Precipitantes:</u> Hipoxia; Infecção; Febre; Hipotermia; Retenção urinária ou obstipação; Anemia; Alterações hidroelectrolíticas e metabólicas; Causas neurológicas; Dor não controlada; Trauma; Imobilização prolongada; Contenção física; Mudança de ambiente e Privação do sono. 6. Identificar o tipo de delirium que a pessoa apresenta;	Ter conhecimento do estado basal da pessoa anteriormente e comorbilidades associadas; Estar desperto para alterações do comportamento da pessoa; Prevenir complicações. Confirmar o diagnóstico de delirium; Avaliar a predisposição da pessoa para o aparecimento do delirium; Reduzir/prevenir complicações;
--	---

7. Implementar medidas não farmacológicas; <u>Medidas cognitivas sociais e ambientais;</u> <u>7.1. DECLÍNIO COGNITIVO E DESORIENTAÇÃO</u> • Garantir um ambiente calmo e tranquilo; • Comunicar com a pessoa com um tom de voz calmo e sereno; • Transmitir confiança e segurança à pessoa; • Mostrar disponibilidade; • Intervir na orientação da pessoa; • Reorientar no tempo e no espaço (explicando onde a pessoa está, quem é ele/a, qual o seu papel), lembrar à pessoa a data, o lugar e o motivo pelo qual está no hospital; • Adequar o ambiente mantendo iluminação apropriada à hora do dia; • Validar os sentimentos da pessoa; • Estar desperto para os medos, angústias e alucinações da pessoa com a finalidade de ajudar a corrigir e/ou superar; • Evitar trocas de salas/camas ao mínimo; • Facilitar visitas regulares de familiares e amigos. <u>7.2. DÉFICE VISUAL E AUDITIVO/ PERCEÇÃO SENSORIAL</u> • Colocar as próteses auditivas ou visuais da pessoa; • Garantir que estes equipamentos estão em condições de funcionamento. <u>Medidas de suporte:</u> <u>8. PRESERVAÇÃO DO SONO</u> • Evitar privações do sono utilizando medidas não farmacológicas; • Regular os ciclos de sono-vigília; • Reduzir estimulação do ambiente durante o período noturno; • Evitar procedimentos médicos ou de enfermagem no período noturno a não ser que sejam estritamente necessários e que coloquem em causa a vida da pessoa;	Contribuir para o controlo do delirium na pessoa através de medidas não invasivas; Estabelecer uma relação empática com a pessoa/família; Diminuir a ansiedade, confusão e agitação da pessoa/família; Promover a orientação espaço-temporal; Proporcionar sentimentos de segurança; Aumento da satisfação da pessoa/família; Envolver a pessoa no seu processo de tratamento; Mostrar disponibilidade; Reduzir/ prevenir complicações; Melhorar o comportamento e a orientação da pessoa; Melhorar a capacidade de percecionarem o meio e interagirem com ele; Reduzir/ prevenir complicações; Promover um ciclo sono-vigília adequado à pessoa; Desencorajar o sono diurno; Reduzir/ prevenir complicações;
--	--

• Agendar a medicação de modo a evitar perturbar o sono; • Reduzir o ruído ao mínimo durante o período de sono; • Manter o ambiente quente; • Possibilitar a ingestão de bebida quente à noite. 9. <u>IMOBILIZAÇÃO/DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DA PESSOA</u> • Estimular uma mobilização precoce/efetuar levante a pessoas que seja possível; • Manter a integridade da pele; • Manter a temperatura corporal; • Alternar posicionamentos de 4 em 4 horas; • Manter as atividades de vida diárias como os cuidados pessoais sempre no mesmo horário; • Minimizar ao máximo artefactos que limitem a sua mobilidade (sondas nasogástricas, contensões físicas, cateteres periféricos, sondas vesicais); • Contenção física só se estritamente necessário e com prescrição médica, por si não só aumenta o risco de desenvolvimento de delirium bem como os sintomas que dele advém. 10. <u>INFECÇÃO</u> • Prestar cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeção; • Cumprir as normas e protocolos vigentes na instituição; • Tratar as infeções. 11. <u>DESIDRATAÇÃO</u> • Manter um equilíbrio hidroelectrolítico; • Garantir uma ingestão adequada de líquidos que evite a pessoa a ficar desidratada incentivando-a a beber; • Considerar fluídos via subcutânea ou endovenosa se necessário ou caso a via oral esteja comprometida; • Vigiar o trânsito intestinal.	Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão; A utilização de contenção física nas pessoas com delirium só se justifica apenas quando esta se põe em perigo a si e/ou a terceiros, prevenindo também as quedas que podem advir; Reduzir/ prevenir complicações; Diminuir o risco de infeção na pessoa; Reduzir/prevenir complicações; Promover uma hidratação adequada à pessoa; Proporcionar cuidados de suporte; Diminuir os riscos associados; Reduzir/ prevenir complicações;
---	---

12. <u>DESNUTRIÇÃO</u> • Otimizar aportes nutricionais à pessoa; • Vigiar a ingestão da alimentação; • Privilegiar a alimentação oral, adaptada a pessoa, mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral; • Promover assistência para alimentar a pessoa caso seja necessário; • Colocar as próteses dentárias se for o caso; • Manter o horário das refeições; • Fornecer suplementos nutricionais; 13. <u>DOR</u> • Avaliar a dor; • Estar desperto para sinais não verbais de dor particularmente nas pessoas que não comunicam; • Avaliar a dor através do uso de instrumentos de avaliação/escalas (anexo 7); • Controlar a dor através de um tratamento adequado para cada pessoa. 14. <u>MEDICACÃO</u> • Efetuar uma revisão terapêutica e manter apenas a terapêutica necessária para a pessoa; • Evitar fármacos de maior risco para a pessoa; • Evitar psicofármacos e sedativos, ou então caso não seja possível deve ser diminuída a dose dos mesmos de modo a garantir um maior perfil de segurança para a pessoa. 15. <u>PRESENÇA DA FAMÍLIA</u> • Promover a visita de familiares/amigos, estimula a interação com o doente mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço; • Encorajar a permanência da família ou pessoa significativa com maior frequência; • Explicar aos familiares todos os procedimentos efetuados, os fatores de risco do delirium, o processo de doença e toda a medicação envolvida.	Promover uma nutrição adequada à pessoa; Diminuir os riscos associados; Proporcionar cuidados de suporte; Reduzir/ prevenir complicações; Reduzir a sintomatologia subjacente ao delirium; Proporcionar conforto e bem-estar à pessoa; Reduzir/prevenir complicações; Revisar a terapêutica desnecessária à pessoa; Reduzir/prevenir complicações; Envolver a pessoa/família na tomada de decisão; Proporcionar conforto físico e prestar apoio emocional à pessoa e à família; Promover a proximidade da família no meio hospitalar; Esclarecer eventuais dúvidas.
--	--

16. <u>DESCARTAR RETENÇÃO URINÁRIA E OBSTIPACÃO</u>	Promover o padrão urinário e intestinal da pessoa;
17. Tratar a(s) causa(s) subjacente(s);	Reduzir/prevenir complicações;
18. Se não for possível o controlo sintomático através de medidas não farmacológicas adotadas pela equipa de enfermagem, devemos instituir a terapêutica indicada para controlar os sintomas provocados pelo delirium segundo prescrição médica (anexo 5).	Promover um tratamento multidisciplinar; Controlo sintomático; Reduzir/prevenir complicações.
19. Avaliar os resultados esperados.	Melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
20. Reavaliação frequente da pessoa;	Reduzir/prevenir complicações;
21. Efetuar os registos.	Garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

VII- MONITORIZAÇÃO/ VERIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Em termos de monitorização/verificação do procedimento foi criada uma *checklist* para uma melhor avaliação do cumprimento da proposta de norma de procedimento de enfermagem que se encontra no anexo 5.

VIII- REGISTOS

É registado nas notas de enfermagem os sinais e sintomas da alteração da consciência e cognição, a avaliação da escala CAM (*Confusion Assessment Method*) e os resultados obtidos pela aplicação da mesma, abordagem não terapêutica e terapêutica utilizada, todas as medidas/intervenções de enfermagem realizadas à pessoa e os resultados obtidos no sistema *Alert*® ou *S Clinic*®.

IX- SIGLAS

CAM- Confusion Assessment Method

X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM- 5. 5ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores

Bannon, L., Mcgaughey, J., Clarke, M., Mcauley, D. F., & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients : protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*, 5 (75), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0254-0>

Bento, M.S.PM, Marques, R.M.D & Sousa, P.P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado- uma revisão bibliográfica. *Revista eletrónica trimestral de Enfermería*. 52, 657-673. ISSN 1695- 6141. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>

Carrasco, M., Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una Epidemia desde el Servicio de Urgência a la Unidad de Paciente Crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28 (2), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.019>

Cerejeira, J. (2016). Delirium complica até 30% dos internamentos hospitalares de doentes idosos. *Cérebro & Mente – Associação para o Desenvolvimento em Investigação em Saúde Mental*. Acedido a 27 de dezembro de 2018, disponível em: <https://www.vitalhealth.pt/opiniao/4092-delirium-complica-at%C3%A9-30-dos-internamentos-hospitalares-de-doentes-idosos.html>

Faria, R. S. B, & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos : uma realidade subdiagnosticada, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

Farina, N., Smithburguer, P., & Kane-Gill, S. (2015). Critical Care, Screening and Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Hospital Pharmacy*, 50(8), 667–671. <https://doi.org/10.1310/hpj5008-667>

Han, J.H., Wilson, A. & Wesley, E. (2010). Delirium in the Older Emergency Department Patient- A Quiet Epidemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 28(3), 611–631. <http://doi:10.1016/j.emc.2010.03.005>

Hawkins, S.B., Bucklin, M., & Muzyk, A. J. (2013). Quetiapine for the treatment of delirium. *Society of Hospital Medicine*, 8(4), 215-220. <http://doi:10.1002/jhm.2019>

Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, (9), 158–175. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>

Jain, R., Arun, P., Sidana, A., & Sachdev, A. (2018). Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4). <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>

Lôbo, R.R, Filho, S.R.B.S, Lima, N.K.C, Ferriolli, E. & Moriguti, J.C. (2010). Delirium. *Medicina*. 43(3), 249-57. Ribeirão Preto

Marra, A., Frimpong, K., & Ely, E. W. (2016). The ABCDEF Implementation Bundle, *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 31(3), 181–194. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2016.00682>

Nationale Institute for Health and Care Excellence, (2014). Delirium in adults. Acedido a 1 de junho de 2018, disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962437>

Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29–36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>

Pincelli, E. L., Waters, C., & Hupsel, Z. N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, *Arquivo Médico do Hospital e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, (60), 131–139. Acedido em 17 de junho de 2018, disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/600/60/AR33.pdf

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7 th Vital Sign?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

Ritter, S.R.F, Zoccolia, M.M.P.L, Cardoso, A.F, Freitas, M.P.D & Camargosa, E.F. (2018). Adaptation of a Delirium Screening Test for Elderly Adults Admitted to Emergency Departments. *Geriatrics Gerontology and Aging*. 12(2), 81-88. <http://doi:10.5327/Z2447-211520181800032>

Rosen, T., Connors, S., Clark, S., Halpern, A., Stern, M. E., DeWald, J., Lachs, M. S. & Flomenbaum, N. (2015). Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department: Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 37(3), 183- 196. <http://doi:10.1097/TME.0000000000000066>

Sampaio, F.M.C & Sequeira, C.A.C. (2013). Tradução e Validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista Enfermagem de Referência*. 3(9), 125-134. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12127>

Schrijver, E. J. M., Graaf, K. De, Vries, O. J. De, Maier, A. B., & Nanayakkara, P. W. B. (2016). European Journal of Internal Medicine Efficacy and safety of haloperidol for in hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. *European Journal of Internal Medicine*, (27), 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.10.012>

Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 5ª ed. Camarate: Lusodidacta

Wada, K., Morita, Y., Iwamoto, T., Mifune, Y., & Nojima, S. (2018). First- and second-line pharmacological treatment for delirium in general hospital setting - Retrospective analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, (32), 50–53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.028>

Wacker, P., Nunes, P.V., & Forlenza, O.V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 97-103.

Wang, H. R., Woo, Y. S., & Bahk, W. (2013). Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (67), 323–331. <https://doi.org/10.1111/pcn.12066>

XI- APÊNDICES

Apêndice 1- Instrumento de avaliação do delirium Confusion Assessment Method, versão completa;

Apêndice 2- Instrumento de avaliação do delirium Confusion Assessment Method, versão reduzida;

Apêndice 3- Fluxograma de avaliação do delirium através da CAM;

Apêndice 4- Tratamento Farmacológico para o controlo do delirium;

Apêndice 5- *Checklist* para avaliação do cumprimento da proposta de norma de procedimento de enfermagem;

Apêndice 6- Fluxograma de identificação e gestão do delirium no serviço de urgência;

Apêndice 7- Escala de Comas de Glasgow;

Apêndice 8- Instrumentos de avaliação da dor.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)
VERSÃO COMPLETA



**A PESSOA COM DELIRIUM
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
DA PREVENÇÃO À
AVALIAÇÃO**

NP:

DATA:10/01/2019

APÊNDICE 1

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)
Versão Completa**

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Enfermeiro avaliador: _____

Data da avaliação: _____

1- INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

- a) Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual/estado basal da pessoa?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

- b) Se sim, descreva a mudança do estado mental/basal.

2- DESATENÇÃO

- a) A pessoa teve dificuldade em concentrar a sua atenção, por exemplo, estando facilmente distraída ou tendo dificuldade em acompanhar o que lhe estava a ser dito?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA

☐

INCERTO ☐

- b) O comportamento (anormal) variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

c) Se presente, descreva o comportamento.

3- PENSAMENTO DESORGANIZADO

- a) O pensamento da pessoa esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, manifestado em conversas incoerentes ou irrelevantes com um fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA ☐

INCERTO ☐

- b) O comportamento (anormal) variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

c) Se presente, descreva o comportamento.

4- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

- a) No geral, como classifica o nível de consciência da pessoa?

- Alerta (normal)
- Vígil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente)
- Letárgico (sonolento, facilmente despertável)
- Estupor (difícil de despertar)
- Coma (não despertável)
- Incerto

- b) Caso a resposta na alínea anterior não seja “alerta”. O comportamento (anormal) variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL

☐

- c) Se o comportamento variou, descreva-o.

5- DESORIENTAÇÃO

- a) A pessoa apresentou-se desorientada em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava noutro lugar que não no hospital, na cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA

☐

INCERTO

☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM

☐

NÃO

☐

INCERTO

☐

NÃO APLICÁVEL

☐

- c) Se presente alteração do comportamento, descreva-o.

6- DÉFICE DE MEMÓRIA

- a) A pessoa demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do hospital ou dificuldade em recordar instruções?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA

☐

INCERTO

☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM

☐

NÃO

☐

INCERTO

☐

NÃO APLICÁVEL

☐

- c) Se alteração do comportamento, descreva-o.
-
-

7- DISTÚRBIOS PERCETUAIS

- a) A pessoa apresentou alguma evidência de distúrbios perçetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erróneas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA ☐

INCERTO ☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

- c) Se alteração do comportamento, descreva-o.
-
-

8- AGITAÇÃO PSICOMOTORA/ LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA

8. a) Agitação Psicomotora

- a) Alguma vez, durante a entrevista, a pessoa apresentou um nível de atividade motora excecionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, retirar as roupas da cama, bater com os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA ☐

INCERTO ☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

- c) Se alteração do comportamento, descreva-o.
-

8. a) Lentificação Psicomotora

- a) Alguma vez, durante a entrevista, a pessoa apresentou um nível de atividade motora exceccionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA

☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA

☐

INCERTO

☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM

☐

NÃO

☐

INCERTO

☐

NÃO APLICÁVEL

☐

- c) Se alteração do comportamento, descreva-o.
-

9- CICLO SONO-VIGÍLIA ALTERADO

- a) A pessoa apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-vigília, como por exemplo, excessiva sonolência diurna com insónias durante a noite?

SIM

☐

NÃO

☐

INCERTO

☐

- b) Se sim, descreva o distúrbio.
-

APÊNDICE 2- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD
VERSÃO CURTA



**A PESSOA COM DELÍRIUM
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
DA PREVENÇÃO À
AVALIAÇÃO**

NP: ____

DATA:10/01/2019

APÊNDICE 2

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELÍRIUM
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)
Versão curta**

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Enfermeiro avaliador: _____

Data da avaliação: _____

1- INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

- a) Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual/estado basal da pessoa?

SIM ☒

NÃO ☐

INCERTO ☐

- b) Se sim, descreva a mudança do estado mental/basal.

2- DESATENÇÃO

- a) A pessoa teve dificuldade em concentrar a sua atenção, por exemplo, estando facilmente distraída ou tendo dificuldade em acompanhar o que lhe estava a ser dito?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA ☒

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA ☒

INCERTO ☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☒

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

c) Se presente, descreva o comportamento.

3- PENSAMENTO DESORGANIZADO

- a) O pensamento da pessoa esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, manifestado em conversas incoerentes ou irrelevantes com um fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

AUSENTE DURANTE A ENTREVISTA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA LIGEIRA ☐

PRESENTE DURANTE A ENTREVISTA, DE FORMA MARCADA ☐

INCERTO ☐

- b) O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

c) Se presente, descreva o comportamento.

4- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

- a) No geral, como classifica o nível de consciência da pessoa?

- Alerta (normal)

- Vígil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente)
- Letárgico (sonolento, facilmente despertável)
- Estupor (difícil de despertar)
- Coma (não despertável)
- Incerto

- b) Caso a resposta na alínea anterior não seja “alerta”. O comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

SIM ☐

NÃO ☐

INCERTO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

c) Se o comportamento variou, descreva-o.

NOTA: para se confirmar o diagnóstico de delirium após a aplicação da escala CAM, o ponto 1 e 2 terão de ser **obrigatoriamente positivos** e o ponto 3 **ou** 4 também.

APÊNDICE 3- FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM ATRAVÉS DA CAM

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM ATRAVÉS DA CAM

1-INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual/estado basal da pessoa?

+

2- DESATENÇÃO

A pessoa teve dificuldade em concentrar a sua atenção, por exemplo, estando facilmente distraída ou tendo dificuldade em acompanhar o que lhe estava a ser dito?

+

3- PENSAMENTO DESORGANIZADO

O pensamento da pessoa esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, manifestado em conversas incoerentes ou irrelevantes com um fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

OU

4-NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

No geral, como classifica o nível de consciência da pessoa?

- Alerta (normal);
- Vígil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente);
- Letárgico (sonolento, facilmente despertável);
- Estupor (difícil de despertar);
- Coma (não despertável);
- Incerto.

= DELIRIUM

APÊNDICE 4- TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA O CONTROLO DO DELIRIUM



**A PESSOA COM DELIRIUM NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA
PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO**

NP: _____
DATA:10/01/2019

APÊNDICE 4

TERAPÊUTICA INDICADA PARA O CONTROLO DO DELIRIUM

Fármaco	Mecanismo de ação	Dose	Benefícios	Efeitos secundários
Haloperidol	Antipsicótico típico	0,25 mg-1mg 2,5mg- 5mg Via oral, SC, IM e EV. A cada 4 horas ou SOS se agitação.	Pouco sedativo e poucos efeitos extrapiramidais.	Sintomas extrapiramidais se grandes doses necessidade de monitorização cardíaca, prolongamento do intervalo QT.
Risperidona	Antipsicótico atípico	0,25mg -1 mg Dia Via oral SOS se agitação.	Pouco sedativo e poucos efeitos extrapiramidais.	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol. Com prolongamento do intervalo QT
Olanzapina	Antipsicótico atípico	2,5mg -5 mg Via oral/ sublingual Max. 10 mg ou 20mg /24h	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol.	Mais sedativo que o haloperidol.
Quetiapina	Antipsicótico atípico	12,5mg- 25mg 25mg-50 mg Via oral	Menos sintomas extrapiramidais que o haloperidol. Usado em pessoas com Parkinson.	Mais sedativo que o haloperidol. Hipotensão.
Lorazepam	Benzodiazepinas	0,25mg-1 mg Via oral A cada 8 horas ou em SOS se agitação.	Fármaco de eleição em situações de abstinência de benzodiazepinas ou antecedentes de síndrome neuroléptico maligno.	Mais agitação paradoxal que o haloperidol. Depressão respiratória.

Fonte: Adaptado de Prayce, Quaresma & Neto (2018) in Delirium: The 7 th Vital Sign? Acta Médica Portuguesa; Carrasco, M., Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una Epidemia desde el Servicio de Urgência a la Unidad de Paciente Crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28 (2), 301-310.

As medidas farmacológicas devem ser executadas, após serem identificados todos os fatores de risco associados e implementadas as medidas não farmacológicas bem como todas as causas reversíveis (Marra, Frimpong & Ely, 2016).

Em relação ao tratamento farmacológico, este está indicado para reduzir a incidência, gravidade e duração do delirium e prevenir que a pessoa se coloque em risco a si e/ou a terceiros (Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018).

Os principais objetivos da farmacoterapia para controlo do delirium são diminuir a sintomatologia associada bem como os riscos inerentes o mais rápido possível. A medicação deve melhorar a agitação e a confusão dando especial atenção aos efeitos secundários da mesma (Wada, Morita, Iwamoto, Mifune, & Nojima, 2018).

O tratamento de eleição para o controlo da agitação da pessoa com delirium são os antipsicóticos dado o seu baixo efeito colinérgico e pouco risco de hipotensão e depressão respiratória (Carrasco & Zalaquett, 2017).

O fármaco mais utilizado e de eleição no tratamento do delirium hiperativo nos últimos anos é o haloperidol (Carrasco & Zalaquett, 2017; Faria & Moreno 2013; Prayce *et al.*, 2018; Schrijver, Graaf, Vries, Maier, & Nanayakkara, 2016). Para o controlo do delirium hipoativo existe pouca evidência, sendo que o que existe é insuficiente para uma recomendação (Carrasco & Zalaquett, 2017).

Embora seja o fármaco mais utilizado para o controlo do delirium existem evidências que a sua eficácia ainda não é verdadeiramente comprovada com altos níveis de rigor científico (Hipp & Ely, 2012). O haloperidol estabiliza a função cerebral, sendo que o doente fica mais sonolento/sedado. É necessário a monitorização eletrocardiográfica do doente, visto que os neurolépticos produzem um prolongamento do intervalo QT, dando-se um aumento da incidência de disritmias ventriculares e de hipotensão (Hipp & Ely, 2012; Urden *et al.*, 2008; Wada *et al.*, 2018).

O haloperidol tem maior benefício quando utilizado em doses baixas, visto ser um fármaco de ação curta, sendo que deve titular-se a cada trinta minutos. Quando administrado em doses elevadas os efeitos secundários poderão ultrapassar os benefícios (Carrasco & Zalaquett, 2017; Prayce *et al.*, 2018; Rosen *et al.*, 2018).

Alguns estudos realizados indicam que o efeito dos antipsicóticos atípicos no delirium é similar ao do haloperidol (Faria & Moreno, 2013). Assim, Hawkins, Bucklin & Muzyk (2013), referem a quetiapina como um fármaco eficaz e seguro para o tratamento do delirium, tendo a mesma eficácia que o haloperidol. Para Carrasco & Zalaquett (2017), a quetiapina é utilizada em pessoas com antecedentes pessoais de Parkinson, visto apresentar menos efeitos extrapiramidais.

Para Jain, Arun, Sidana & Sachdev (2018), a olanzapina pode ser uma alternativa ao haloperidol visto ter a mesma eficácia e segurança e menos efeitos secundários. A risperidona é um antipsicótico atípico e no estudo realizado por Wang, Woo & Bahk (2013), demonstra a mesma eficácia que o haloperidol, sendo também uma alternativa segura para o controlo do delirium.

Segundo Wada *et al.*, (2017), também a trazodona é uma alternativa segura no tratamento do delirium. Para Pereira *et al.*, (2016), os doentes medicados com benzodiazepinas têm uma maior propensão de desenvolver delirium, sendo que a sua administração por bólus tem maior risco de desenvolvimento do delirium face em perfusão contínua. Segundo Prayce *et al.*(2018), a administração de benzodiazepinas provoca mais confusão no doente e maior sedação. As benzodiazepinas possuem um efeito mais rápido comparado com os antipsicóticos pelo que podem causar mais confusão e sedação na pessoa (Carrasco & Zalaquett, 2017).

A escolha do fármaco para controlo do delirium é difícil visto existirem poucos estudos realizados. É uma escolha essencialmente baseada no doente, tendo em conta inúmeros fatores (Hipp & Ely, 2012). As medidas farmacológicas não dependem apenas da ação da equipa de enfermagem, contudo podem ser geridas pelos mesmos, na medida em que a administração de fármacos quando prescritos ou caso seja necessário podem influenciar o maior ou menor risco de desenvolvimento de delirium (Pereira *et al.*, 2016).

A sedação da pessoa só deve ser iniciada depois de providenciada a analgesia adequada e o tratamento das causas fisiológicas reversíveis da agitação (Urden *et al.*, 2008).

Para Prayce *et al.*(2018), a sedação pode ser intermitente ou contínua quando a administração em bólus é ineficaz, sendo o haloperidol o fármaco de eleição. A cloropromazina, a levomepromazina ou o fenobarbital são alternativas ao haloperidol, ou seja, considerados fármacos de segunda linha no controlo do delirium.

A sedação associa-se a complicações significativas, a imobilidade, o doente fica mais acamado, maior propensão ao aparecimento de úlceras de pressão, tromboembolia e maior risco de infeções nosocomiais (Urden *et al.*, 2008).

O aparecimento do delirium na pessoa no serviço de urgência pode ter consequências graves para a própria pessoa no sentido de aumentar o tempo de internamento, aumenta a mortalidade e um declínio cognitivo e funcional, para a família que ao lidarem com este tipo de situações desenvolvem sentimentos negativos os quais muitas das vezes prejudicam a relação com os profissionais de saúde comprometendo os cuidados prestados e o seu impacto económico é significativo (Prayce *et al.*, 2018).

Em suma e segundo os autores supracitados anteriormente é imprescindível a educação e a formação dos profissionais de saúde com o desenvolvimento de protocolos e formação de equipas com profissionais que permitam a prevenção, identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas.

**APÊNDICE 5- *CHECKLIST* DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA PROPOSTA DE NORMA DE
PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM**



**A PESSOA COM DELIRIUM
NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA: DA
PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO**

NP:
DATA:10/01/2019

APÊNDICE 5

**CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA PROPOSTA DE NORMA DE
PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM**

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Enfermeiro avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Turno: _____

Número Mecanográfico: _____

PROCEDIMENTOS	SIM	NÃO
1- Ao primeiro contato com a pessoa no serviço de urgência deve realizar uma abordagem ABCDE:		
A- <u>Permeabilização da via aérea:</u> • Inspeccionar a cavidade oral e remover corpos estranhos se houver necessidade.		
B- <u>Respiração:</u> • Monitorizar o padrão respiratório; • Avaliar a oximetria de pulso.		
C- <u>Circulação:</u> • Monitorização eletrocardiográfica, se necessário; • Avaliar a frequência cardíaca e ritmo cardíaco; • Avaliar a Tensão Arterial.		
D- <u>Avaliar disfunção neurológica:</u> • Avaliar o estado de consciência através da Escala de comas de Glasgow; • Avaliar a reação pupilar: tamanho, simetria e reação à luz; • Avaliar a glicémia capilar.		
E- <u>Exposição:</u> • Avaliar a temperatura timpânica.		
2- Colheita de informação de antecedentes pessoais e história atual;		
3- Identificar alterações agudas no estado mental da pessoa (alterações do estado de consciência, alterações do comportamento e orientação duvidosa);		

4- Aplicar um instrumento de monitorização do delirium, como a CAM (Confusion Assessment Method);		
5- Sem evidência de delirium , aplicar estratégias não farmacológicas (passo 8) e reavaliar a situação sempre que necessário; Com evidência de delirium (passo 6):		
6- Identificar fatores de risco predisponentes e precipitantes do delirium; Identifique quais:		
<u>Predisponentes:</u> Idade superior a sessenta e cinco anos (); Demência (); Fragilidade (); Deterioração funcional (); Imobilidade (); Dependência nas atividades de vida diárias (); Comorbilidades (); Polifarmácia (); Défice sensorial e auditivo (); Sexo masculino (); Sintomas depressivos (); Abuso de álcool e/ou drogas (); Desnutrição (); Desidratação () e Neoplasia (). <u>Precipitantes:</u> Hipoxia (); Infecção (); Febre (); Hipotermia (); Retenção urinária ou obstipação (); Anemia (); Alterações hidroelectrolíticas e metabólicas (); Causas neurológicas (); Dor não controlada (); Trauma (); Imobilização prolongada(); Contenção física (); Mudança de ambiente () e Privação do sono().		
7- Identificar o tipo de delirium que a pessoa apresenta; • Hiperativo; • Hipoativo; • Misto.		
8- Implementar medidas não farmacológicas;		
<u>DECLÍNIO COGNITIVO E DESORIENTAÇÃO:</u> • Intervir na orientação da pessoa; • Reorientar no tempo e no espaço (explicando onde a pessoa está, quem é ele/a, qual o seu papel), lembrar à pessoa a data, o lugar e o motivo pelo qual está no hospital; • Adequar o ambiente mantendo iluminação apropriada à hora do dia.		
<u>DÉFICE VISUAL E AUDITIVO/ PERCEÇÃO SENSORIAL:</u> • Colocar as próteses auditivas ou visuais da pessoa.		
<u>PRESERVAÇÃO DO SONO:</u> • Regular os ciclos de sono-vigília; • Reduzir estimulação do ambiente durante o período noturno; • Reduzir o ruído ao mínimo durante o período de sono.		
<u>IMOBILIZAÇÃO/DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DA PESSOA:</u> • Estimular uma mobilização precoce/efetuar levante a pessoas que seja possível; • Manter a integridade da pele; • Manter a temperatura corporal.		
<u>INFECÇÃO:</u>		

• Prestar cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeção.		
<u>DESIDRATAÇÃO:</u> • Promover uma hidratação adequada à pessoa.		
<u>DESNUTRIÇÃO:</u> • Promover uma nutrição adequada à pessoa.		
<u>DOR:</u> • Avaliar a dor através do uso de instrumentos de avaliação/escalas.		
<u>MEDICAÇÃO:</u> • Revisar a terapêutica desnecessária à pessoa.		
<u>PRESENCIA DA FAMÍLIA:</u> • Promover a visita de familiares/amigos, estimula a interação com o doente mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço; • Encorajar a permanência da família ou pessoa significativa com maior frequência.		
<u>DESCARTAR RETENÇÃO URINÁRIA E OBSTIPACÃO:</u> • Promover um padrão urinário e intestinal normal.		
9- Identificar e tratar a(s) causa(s) subjacente(s);		
10- Se não for possível o controlo sintomático através de medidas não farmacológicas adotadas pela equipa de enfermagem, devemos instituir a terapêutica indicada para controlar os sintomas provocados pelo delirium segundo prescrição médica;		
11- Avaliar os resultados esperados;		
12- Reavaliação frequente da pessoa;		
13- Efetuar os registos.		

**APÊNDICE 6- FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E GESTÃO DO DELIRIUM NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

APÊNDICE 7- ESCALA DE COMAS DE GLASGOW



**A PESSOA COM DELIRIUM
NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA: DA
PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO**

**NP: _____
DATA:10/01/2019**

APÊNDICE 7

ESCALA DE COMAS DE GLASGOW

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Enfermeiro avaliador: _____

Data da avaliação: _____

ABERTURA OCULAR:

- Espontânea 4
- Ao estímulo verbal 3
- À dor 2
- Nenhuma 1

RESPOSTA VERBAL:

- Orientado 5
- Confuso 4
- Discurso inapropriado 3
- Discurso incompreensível 2
- Nenhuma 1

RESPOSTA MOTORA:

- Obedece a ordens 6
- Localiza 5
- Fuga à dor 4
- Flexão à dor 3
- Extensão à dor 2
- Nenhuma 1

APÊNDICE 8- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

**A PESSOA COM DELIRIUM
NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA: DA
PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO**

NP: _____
DATA:10/01/2019

APÊNDICE 8

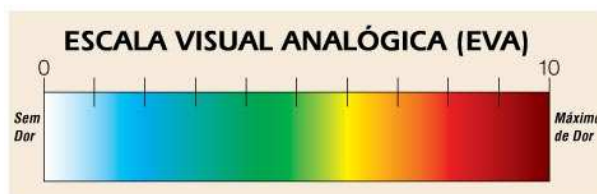
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

SERVIÇO DE URGÊNCIA

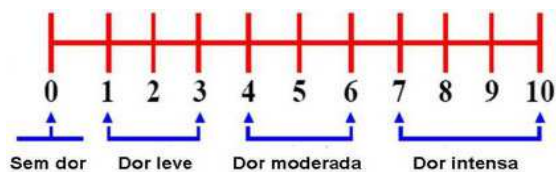
Enfermeiro avaliador: _____

Data da avaliação: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



ESCALA NUMÉRICA

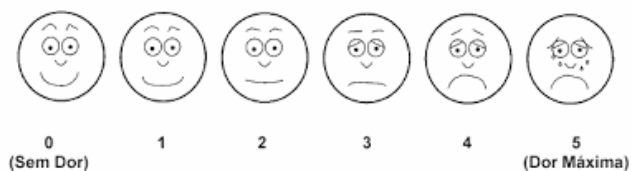


ESCALA QUALITATIVA

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

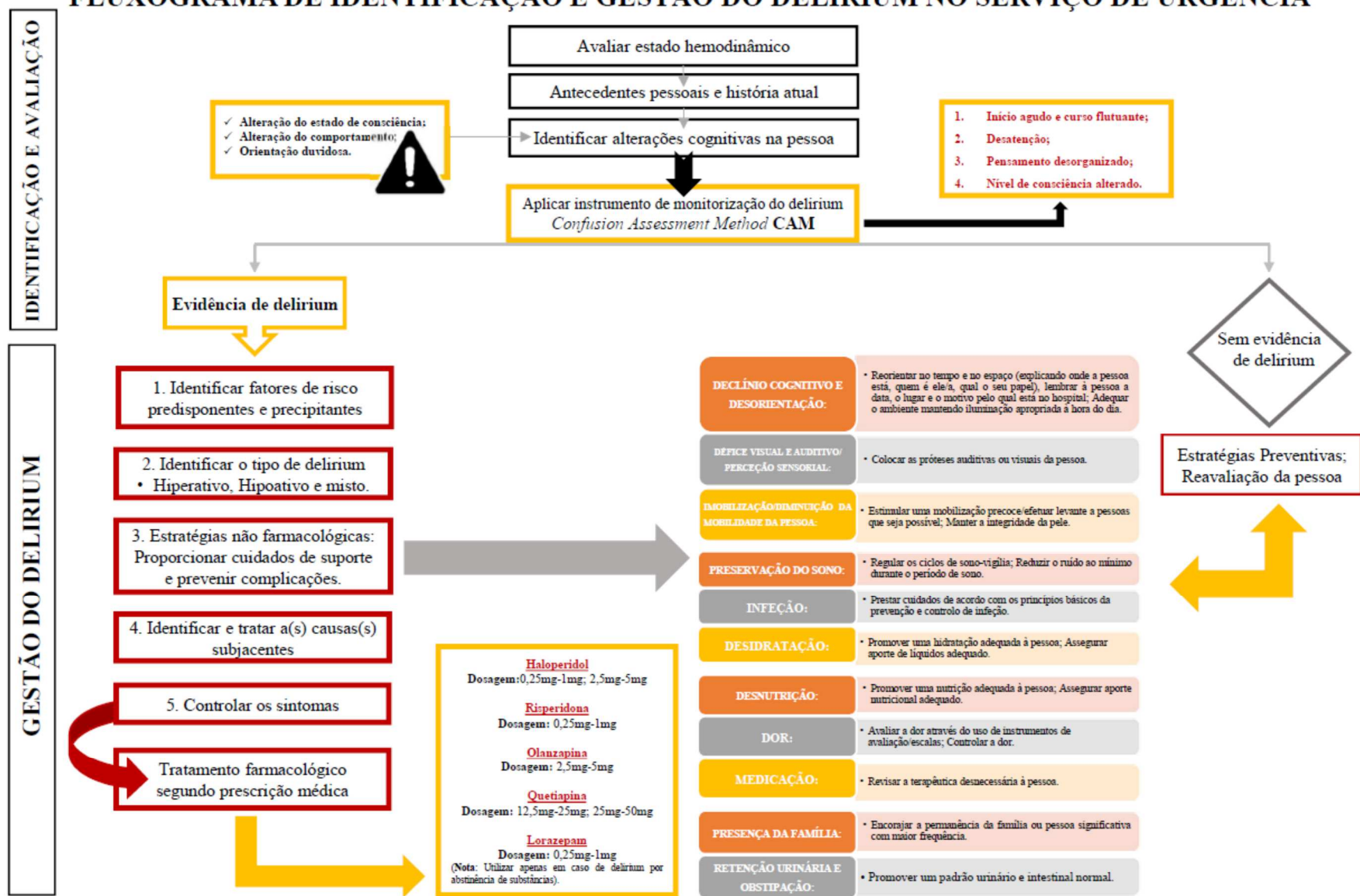
ESCALA DE FACES

Escala de Faces



Apêndice 12 - Fluxograma de Identificação e Gestão do Delirium no Serviço de Urgência

FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E GESTÃO DO DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Apêndice 13 - Artigo Científico “A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação”

A PESSOA COM DELIRIUM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA PREVENÇÃO À AVALIAÇÃO

THE PERSON WITH DELIRIUM IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: FROM PREVENTION TO EVALUATION

LA PERSONA CON DELIRIUM EN EL SERVICIO DE URGENCIA: DE LA PREVENCIÓN A LA EVALUACIÓN

RESUMO

Introdução: O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito, frequente nos utentes internados, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo por vezes subvalorizado e negligenciado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Está associado a um aumento dos custos e do tempo de internamento, apresentando-se como uma das causas major de mortalidade. Este interfere com a avaliação e abordagem de outros sintomas acarretando consequências para a própria pessoa essencialmente a nível da sua segurança, para a sua família e para os profissionais de saúde. A prevenção bem como a identificação do delirium são essenciais, tornando-se imperioso a formação e o treino das equipas de enfermagem neste sentido.

Objetivo: A realização deste projeto tem como objetivo principal melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com delirium no serviço de urgência através da uniformização dos mesmos. **Método:** Foi desenvolvido um estudo de natureza exploratório-descritivo, com a duração de cerca de 9 semanas, durante as quais, inicialmente foi aplicado um questionário para diagnóstico de situação a 63 enfermeiros do serviço de urgência e foram realizadas duas sessões de formação em serviço e 8 sessões de formação individualizadas visto o número de adesão das primeiras ter sido pequeno, tendo colaborado no estudo um total de 31 enfermeiros. **Resultados:** Foi aplicado um teste de aferição de conhecimentos sobre a temática em estudo antes de dar início às formações e após a realização das mesmas foi aplicado um teste de avaliação da sessão. Após uma análise dos dados obtidos antes e após a formação, verificou-se que houve uma evolução bastante

positiva nos conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência que participaram na formação com a temática em estudo. **Discussão:** Os resultados obtidos através da análise dos dados mostram-nos que a formação em serviço à equipa de enfermagem do serviço de urgência revelou-se como uma ferramenta fundamental tendo contribuído para uma evolução positiva no conhecimento adquirido e consequentemente na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa. **Conclusão:** A formação da equipa de enfermagem na pessoa com delirium no serviço de urgência é fundamental de modo a prevenir o impacto negativo/consequências que advém para a pessoa, a sua família e para os próprios profissionais de saúde. Torna-se imprescindível a formação das equipas com vista ao desenvolvimento de protocolos que permitam a prevenção, identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas.

Palavras-chave: Delirium; Enfermeiros e Prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Delirium, commonly known as a sudden onset acute, confusional syndrome common in hospitalized patients, is poorly recognized by health professionals, being sometimes undervalued and neglected due to overlapping of symptoms and non-use of objective and validated assessment instruments. It is associated with an increase in hospitalization costs and time, and is one of the major causes of mortality. It interferes with the evaluation and approach of other symptoms, with consequences for the individual, essentially at the level of their safety, for their family and for health professionals. Prevention and the identification of delirium are essential, making it necessary to train and train nursing teams in this sense. **Objective:** The main objective of this project is to improve the quality and safety of nursing care provided to the person with delirium in the emergency department through the standardization of the same. **Method:** An exploratory-descriptive study was carried out, with a duration of about 9 weeks, during which a questionnaire for diagnosis of the situation was initially applied to 63 nurses of the emergency department and two training sessions were carried out in service and 8 individualized training sessions since the number of adherents of the first ones was small, and a total of 31 nurses collaborated in the study. **Results:** A test of knowledge assessment was applied on the subject under study before starting the formations and after the realization of the same ones a session evaluation test

was applied. After an analysis of the data obtained before and after the training, it was verified that there was a very positive evolution in the knowledge of nurses of the emergency department who participated in the training with the subject under study. **Discussion:** The results obtained through the analysis of the data show that the in-service training of the emergency department nursing team has proved to be a fundamental tool, contributing to a positive evolution in the acquired knowledge and consequently to improving the quality and safety of care provided to the person. **Conclusion:** The training of the nursing team in the person with delirium in the emergency department is essential in order to prevent the negative impact / consequences that it has on the person, his / her family and the health professionals themselves. It is essential to train the teams in order to develop protocols that allow the prevention, early identification of delirium and implementation of appropriate intervention strategies.

Keywords: Delirium; Nurses and Prevention.

RESUMEN

Introducción: El delirium, vulgarmente conocido como síndrome confusional agudo, de inicio súbito, frecuente en los pacientes internados, es poco reconocido por los profesionales de salud, siendo a veces infravalorado y descuidado, debido a una superposición de síntomas y a la no utilización de instrumentos de evaluación objetivos y validados. Se asocia a un aumento del coste y del tiempo de internamiento, presentándose como una de las causas mayor de mortalidad. Éste interfiere con la evaluación y el abordaje de otros síntomas que acarrear consecuencias para la propia persona esencialmente a nivel de su seguridad, para su familia y para los profesionales de la salud. La prevención, así como la identificación del delirio son esenciales, haciendo imperiosa la formación y el entrenamiento de los equipos de enfermería en este sentido. **Objetivo:** La realización de este proyecto tiene como objetivo principal mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados de enfermería prestados a la persona con delirium en el servicio de urgencia a través de la uniformidad de los mismos. **Método:** Se desarrolló un estudio de carácter exploratorio-descriptivo, con una duración aproximada de 9 semanas, durante las cuales inicialmente se aplicó un cuestionario para diagnóstico de situación a 63 enfermeros del servicio de urgencia y se realizaron dos sesiones de formación en servicio 8 de las cuales fueron sesiones de formación individualizadas ya

que el número de adhesión en las primeras sesiones fue pequeño, habiendo colaborado en el estudio un total de 31 enfermeros. **Resultados:** Se aplicó una prueba de evaluación de conocimientos sobre la temática en estudio antes de iniciar las formaciones y después de la realización de las mismas se aplicó una prueba de evaluación de la sesión. Después de un análisis de los datos obtenidos antes y después de la formación, se verificó que hubo una evolución bastante positiva en los conocimientos de los enfermeros del servicio de urgencia que participaron en la formación con la temática en estudio. **Discusión:** Los resultados obtenidos a través del análisis de los datos nos muestran que la formación en servicio impartido al equipo de enfermería del servicio de urgencia se ha revelado como una herramienta fundamental que ha contribuido a una evolución positiva en el conocimiento adquirido y consecuentemente en la mejora de la calidad y seguridad de los cuidados prestados a la persona. **Conclusión:** La formación del equipo de enfermería en la persona con delirium en el servicio de urgencia es fundamental para prevenir el impacto negativo / consecuencias que se derivan para la persona, su familia y para los propios profesionales de la salud. Se hace imprescindible la formación de los equipos para el desarrollo de protocolos que permitan la prevención, identificación precoz del delirium e implementación de estrategias de intervención adecuadas.

Palabras clave: Delirium; Enfermeras e Prevención.

Apêndice 14 - Cartaz “Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Vesical”

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL

Em Portugal, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) matam mais que os acidentes de viação e, para além disso, aumentam a morbilidade, os tempos de internamento e os gastos em saúde (DGS, 2016, 2017a).

De acordo com a DGS (2017b), a infeção urinária associada a cateter urinário é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter urinário. Para se associar a infeção urinária ao cateter vesical, os sintomas devem iniciar-se com um intervalo de, pelo menos 48 horas, da colocação do cateter vesical. Para além disso, o utente deve apresentar um dos seguintes sintomas: febre (>38°C), urgência urinária, polaciúria, disúria ou desconforto supra-púbico (ECDC, 2017).



(Adaptado da Norma nº 035/2015 de 15/12/2015 atualizada a 10/05/2017 de 2015)

✓ QUANDO SE DEVE MANTER O CATETER VESICAL?

- ✓ O utente apresenta retenção urinária aguda ou obstrução;
- ✓ Controlo rigoroso do débito urinário em pessoas em situação crítica;
- ✓ Preparação pré-operatória para determinados procedimentos cirúrgicos:
 - ✓ Utentes submetidos a cirurgia urológica ou outra cirurgia em estruturas contíguas do trato geniturinário;
 - ✓ Antecipação de cirurgia prolongada a utentes que recebam aportes de fluidos ou diuréticos durante a cirurgia;
 - ✓ Necessidade de monitorização intraoperatória do débito urinário.
- ✓ Auxiliar na cicatrização de feridas na região sagrada ou perineais abertas em pacientes incontinentes;
- ✓ O utente necessita de imobilização prolongada;
- ✓ Para aumento do conforto nos cuidados em fim da vida, se necessário.

(Centre for Disease Control and Prevention, 2017)

✗ QUANDO NÃO SE DEVE MANTER O CATETER VESICAL?

- ✓ Como um substituto dos cuidados de enfermagem do utente com incontinência.
- ✓ Após a realização de colheita de urina em utente não colaborante.
- ✓ Após um procedimento cirúrgico, sem uma indicação específica.

(Centre for Disease Control and Prevention, 2017)

Apêndice 15 – *CheckList* “Como Proceder perante uma urgência/emergência na escola”

COMO PROCEDER PERANTE UMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ESCOLA

Deve seguir os seguintes passos:



- ☐ Manter-se calmo/a, de modo a conseguir gerir a situação e ajudar;
- ☐ Garantir as condições de segurança necessárias para si e para a vítima;
- ☐ Abordar a vítima;
- ☐ Tentar perceber o que se passou junto da vítima, caso seja possível, ou de alguém que tenha presenciado a situação;
- ☐ Pedir ajuda;
- ☐ Ligar 112 e responder a todas as questões que lhe forem colocadas de forma simples, clara e objetiva:
 - ☐ Onde está? Qual o local exato da ocorrência, se possível deve saber e informar alguns pontos de referência de forma a que a chegada dos meios de socorro seja mais eficaz;
 - ☐ O que aconteceu? Acidente, doença súbita, ...;
 - ☐ Quem? Deve informar do número de vítimas, a idade que aparentam ter, o sexo, o que observa nas vítimas e quais as alterações;
 - ☐ Informar do número de telefone do qual está a efetuar a ligação;
 - ☐ Informar da existência de qualquer outra situação que exija outros meios para o local;
 - ☐ Desligue o telefone apenas quando lhe for indicado.
- ☐ Seguir todas as instruções que lhe são facultadas via telefone pelo profissional;
 - Em caso de queda ou de acidente deve manter a vítima no mesmo local até à chegada de ajuda especializada!
- ☐ Informar familiares ou os encarregados de educação da criança/adolescente, no caso de a vítima ser um aluno;
- ☐ Tentar acalmar os familiares/ encarregados de educação, realçando que já foram tomadas todas as medidas necessárias;
- ☐ Disponibilizar apoio aos familiares/ encarregados de educação da criança/adolescente;
- ☐ Aguardar a chegada dos meios de emergência;
- ☐ Obter o número de utente da vítima;
- ☐ Estabelecer diálogo com a vítima se for possível de forma a mantê-la consciente;
- ☐ Mantenha-se calmo/a e tente transmitir isso à vítima;
- ☐ Permanecer junto da vítima;
- ☐ Colaborar com os profissionais à sua chegada, fornecendo todas as informações necessárias;
- ☐ Acompanhar a vítima até ao hospital.



2º Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico – Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Local de Estágio: Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

Realizado por: Ana Fernandes; Luciana Mariano; Mónica Martins
Supervisão: Técnico Superior Dr. Luís Mestre
Docentes: Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago; Prof.ª Maria Antónia Costa

Apêndice 16 – Cartaz “Como deve proceder quando liga 112”

COMO DEVE PROCEDER QUANDO LIGA 112?

QUANDO LIGAR?

- Em caso de situação de urgência/emergência.
- Acidente ou doença súbita.



COMO LIGAR?



- Triage e avaliação da situação por profissionais qualificados e de onde são enviados os meios de emergência adequados.

- Manter-se calmo/a, de modo a conseguir gerir a situação e ajudar;
- Garantir as condições de segurança;
- **PEDIR AJUDA LIGAR 112:**
- Informar familiares ou os encarregados de educação da criança/adolescente no caso de a vítima ser um aluno;
- Disponibilizar apoio aos familiares/ encarregados de educação da criança/adolescente;
- Aguardar a chegada dos meios de emergência e colaborar com os mesmos aquando a sua chegada;
- Permanecer junto da vítima;
- Acompanhar a vítima até ao hospital.

- **Onde está?** Qual o local exato da ocorrência, se possível deve saber e informar alguns pontos de referência de forma a que a chegada dos meios de socorro seja mais eficaz;
- **O que aconteceu?** Acidente, doença súbita.
- **Quem?** Deve informar do número de vítimas, a idade que aparentam ter, o sexo e o que observa nas vítimas, quais as alterações.
- Informar do número de telefone do qual está a efetuar a ligação;
- Desligue o telefone **apenas** quando lhe for indicado.

Apêndice 17 - Plano de Sessão da Formação “*Mass Training* em Suporte Básico de Vida – Ação de Sensibilização”



2º Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Local de Estágio: Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão

PLANO DE SESSÃO					
Nome da ação	Mass Training SBV				
Local	Escola Júdice Fialho			Nº da ação	1
Data	10/12/2018	Hora	8h30	Nº. Participantes	90 alunos 6 turmas - 2 turmas por sessão
Público-Alvo	Alunos do 9.º ano			Duração	45 min por sessão - 3 sessões consecutivas
Formadores	Enf.ª Ana Fernandes Enf.ª Luciana Mariano Enf.ª Mónica Martins Elementos dos Bombeiros Voluntários de Portimão				
OBJETIVOS					
- Compreender a importância da aquisição de conhecimentos na área dos primeiros socorros - Saber ligar 112 corretamente - Adquirir competências no âmbito do Suporte Básico de Vida					
	Conteúdos			Metodologia	Duração
INTRODUÇÃO	Apresentação ao grupo de formandos; Objetivos da sessão de formação;			Método expositivo	5 min
DESENVOLVIMENTO	Para todo o grupo: - Explicar o protocolo de SBV - Exemplificar o protocolo de SBV Dividir o grupo por pequenos grupos para todos os formadores: - Cada formando pratica o protocolo de SBV			Método expositivo Método Demonstrativo Método Ativo	35 min
CONCLUSÃO	Sumário dos pontos-chave da sessão; Esclarecimento de dúvidas existentes.			Método expositivo	5 min
Recursos Materiais	Manequins para treino de SBV Protetores individuais para ventilação “boca-a-boca”.				

Apêndice 18 - Cartaz de Divulgação “*Mass Training* em Suporte Básico de Vida – Ação de Sensibilização”

MASS TRAINING

**EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA
AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**

10

DEZEMBRO 2018

8:30-12:10



ALUNOS DO 9º ANO

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS JUDICE FIALHO

VEM APRENDER A SALVAR VIDAS.



**Bombeiros
de Portimão**



Apêndice 19 - Cartaz de “Informação aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência”



- 

- CCLXXX

Apêndice 20 - Folheto Informativo “Informação aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência”



O principal objetivo do Serviço de Urgência é prestar cuidados a todos os utentes urgentes e emergentes de um modo atempado.

ASSIM:

**DEVE EVITAR
SOBRECARRREGAR O
SERVIÇO DE
URGÊNCIA
DESTINADO A TRATAR
SITUAÇÕES GRAVES.**

INFORMAÇÕES CLÍNICAS



As informações clínicas são disponibilizadas pelo médico de acordo com a sua disponibilidade e não são fornecidas informações via telefone.

ALTA



Quando tem alta do Serviço de Urgência é garantida a continuidade dos cuidados com o fornecimento em papel do episódio de urgência ou carta de alta.



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Geral – Hospital de Portimão
São do Poço Seco
8500-338 Portimão
Telefone – 282 450 300

Email – geral@ch.algarve.mn-saude.pt

Gabinete do Cidadão – Hospital de Portimão
Piso 0 | São do Poço Seco
8500-338 Portimão
Telefone – 282 450 316
Email – secsocial@ch.algarve.mn-saude.pt



Elaborado por: Ana Fernandes e Luciana Mariano, Mestrandas em Enfermagem- Área de Especialização Médico Cirúrgica- A pessoa em situação crítica.

BIBLIOGRAFIA:

- Plano Português de Emergência (2015). Sistema de Segurança do Paciente. Available at: http://www.planoprotugal.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=133&Itemid=133
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). Guia de endereços de serviços de saúde. Available at: <https://www.sns.gov.pt/guia-de-enderecos-de-servicos-de-saude>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). Guia de endereços de serviços de saúde. Available at: <https://www.sns.gov.pt/guia-de-enderecos-de-servicos-de-saude>

SERVIÇO DE URGÊNCIA

**UNIDADE
HOSPITALAR DE
PORTIMÃO**

**INFORMAÇÕES AOS
UTENTES/FAMILIARES
DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**



QUANDO DEVE RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Deverá recorrer ao Serviço de Urgência quando a situação é grave, urgente/emergente ou situações em que a demora de diagnóstico e/ou tratamento possa acarretar graves riscos para a sua saúde.

**EM CASO DE SITUAÇÃO
URGENTE/EMERGENTE DEVERÁ
LIGAR 112 FORNECENDO TODAS AS
INFORMAÇÕES SOLICITADAS.**

**SE A SITUAÇÃO NÃO FOR GRAVE,
EXISTEM OUTROS RECURSOS
DISPONÍVEIS.**

DEVERÁ:

Em primeiro lugar dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência.

Pode ligar para a linha de Saúde 24
(808 24 24 24) para se aconselhar
antes de se deslocar para o Serviço de
Urgência.



ADMISSÃO/TRIAGEM

A triagem é efetuada numa sala própria e por um enfermeiro que possui formação específica para o efeito;

O Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Portimão utiliza o Protocolo de Triagem de Manchester que classifica a prioridade de atendimento aos utentes de acordo com a gravidade da situação, permitindo um atendimento rápido e eficiente. É-lhe atribuída uma pulseira com uma cor dependendo da gravidade do motivo que recorre ao Serviço de Urgência.

Tempos alvo previstos de atendimento,
para as 5 cores da Triagem de Manchester

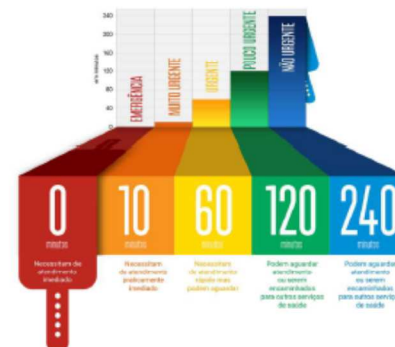


Imagem retirada de: http://www.grupoportuguesatriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=1104

O QUE DEVE LEVAR PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Quando recorre ao Serviço de Urgência deve fazer-se acompanhar do seu documento de identificação (bilhete de identidade, cartão de cidadão, passaporte); cartão europeu de saúde; informação sobre o seu estado de saúde (antecedentes pessoais) e contato de familiar ou amigo.

ACOMPANHANTES/FAMILIARES

Todos os utentes têm o direito de fazer-se acompanhar de um familiar ou amigo durante a sua permanência no Serviço de Urgência.

O acompanhante deverá cumprir todas as regras instituídas no Serviço de Urgência para um correto funcionamento e uma maior segurança, sendo que em caso de incumprimento poderá ser retirado de perto do utente.

Caso necessite de uma justificação para a entidade patronal deverá pedir no serviço de atendimento.

Apêndice 21 - Revisão Integrativa da Literatura “O impacto da formação nos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium”

O IMPACTO DA FORMAÇÃO NOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À PESSOA COM DELIRIUM

THE IMPACT OF TRAINING ON NURSES' APPROACH TO THE PERSON WITH DELIRIUM

EL IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LOS ENFERMEROS EN EL ABORDAJE A LA PERSONA CON DELIRIUM

RESUMO

Objetivo: Compreender qual o impacto da formação na melhoria dos conhecimentos e competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com pesquisa na base de dados *B-on*[®] (Biblioteca do Conhecimento online). Incluíram-se estudos que incidissem no objetivo delineado e na questão de investigação elaborada. Os estudos incluídos foram avaliados de acordo com a qualidade metodológica e níveis de evidencia. **Resultados:** No final da pesquisa obtivemos 944 estudos, sendo que foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão tendo sido incluídos 6 para síntese integrativa. Todos os estudos incluídos dão resposta à questão de investigação. **Conclusão:** Verificou-se que a formação melhora significativamente a aquisição de conhecimentos e de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa com delirium, bem como a necessidade de criação de protocolos/políticas nas instituições de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com delirium.

Palavras-chave: Delirium; Enfermeiros; Formação e Conhecimento.

ABSTRACT

Objective: Understand the impact of training on improving the knowledge and skills of nurses in approaching the person with delirium. **Method:** An integrative review of the literature was carried out with research in the *B-on*[®] database (Online Knowledge Library). Included were studies that focused on the outlined objective and the question of elaborated research. The included studies were evaluated according to methodological quality and levels of evidence. **Results:** At the end of the research we obtained 944 studies, being submitted to the inclusion and exclusion criteria and 6 were included for integrative synthesis. All included studies address the research question. **Conclusion:** It was verified that the training improves significantly the

acquisition of knowledge and skills of the nurses in the approach to the person with delirium as well as the need of protocols / policies in the institutions in order to improve the quality of the care given to the person with delirium.

Keywords: Delirium; Nurses; Training and Knowledge.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cuál es el impacto de la formación en la mejora de los conocimientos y las competencias de los enfermeros en el abordaje a la persona con delirium. **Método:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura con investigación en la base de datos B-on® (Biblioteca del Conocimiento en línea). Se incluyeron estudios que incidieran en el objetivo delineado y en la cuestión de investigación elaborada. Los estudios incluidos se evaluaron de acuerdo con la calidad metodológica y los niveles de evidencia. **Resultados:** Al final de la investigación obtuvimos 944 estudios, siendo que fueron sometidos a los criterios de inclusión y exclusión habiendo sido incluidos 6 para síntesis integrativa. Todos los estudios incluidos responden a la cuestión de la investigación. **Conclusión:** Se verificó que la formación mejora significativamente la adquisición de conocimientos y competencias de los enfermeros en el abordaje a la persona con delirium así como la necesidad de crear protocolos / políticas en las instituciones para mejorar la calidad de los cuidados prestados a la persona con delirium.

Palabras clave: Delirium; Enfermeras; Formación y Conocimiento.

Apêndice 22 – Trabalho “Kit de Emergência para a Catástrofe ou Situação de Multi-vítimas”

2º Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Contexto de Estágio:

Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

**Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação
Multi-vítimas**

Docentes:

Prof.^a Dr.^a Dulce Santiago

Prof.^a Antónia Costa

Orientador:

Enf. Especialista em EMC Luís Mestre

Discentes:

Ana Fernandes

Luciana Mariano

Mónica Martins

Janeiro de 2019

2º Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Contexto de Estágio:

Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

**Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação
Multi-vítimas**

Docentes:

Prof.^a Dr.^a Dulce Santiago

Prof.^a Antónia Costa

Orientador:

Enf. Especialista em EMC Luís Mestre

Discentes:

Ana Fernandes, N° 170531041

Luciana Mariano, N°170531040

Mónica Martins, N° 170531122

Portimão, 06 de janeiro de 2019

SIGLAS

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CMP - Câmara Municipal de Portimão

CMPCOS - Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro

CNPC - Comissão Nacional de Proteção Civil

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PMEPC - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

PNEPC - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

SMPC - Serviço Municipal de Proteção Civil

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	CCXCIII
<u>1. CATÁSTROFE E SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS</u>	CCXCV
<u>2. OS PLANOS DE EMERGÊNCIA</u>	CCXCVIII
<u>3. RISCOS IDENTIFICADOS E LESÕES ASSOCIADAS</u>	CCCII
<u>3.1. KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTROFE OU SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS</u> ..	CCCV
<u>CONCLUSÃO</u>	CCCVII
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	CCCVIII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Mecanismos de lesão e potenciais lesões/complicações.....CCCXLI

Quadro 2. Kit de emergência para catástrofe/situação multi-vítimas.....CCCXLII

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final”, integrada no 2.º ano /1.º semestre, do 2.º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, propusemo-nos à realização de um breve estágio no Serviço Municipal de Proteção Civil (SMPC) de Portimão, a funcionar no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro (CMPCOS).

Com a realização deste estágio objetivamos o desenvolvimento de competências concernentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a competência: "Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção", que integra as unidades de competência:

“K.2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.

K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe.

K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.”

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8657)

O estágio decorre sob a orientação do enfermeiro especialista em EMC Luís Mestre, que nos deu a conhecer os projetos de proteção civil em curso no município, alertando-nos para a necessidade de aquisição de um Kit de resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, como medida de reforço da capacidade da resposta do SMPC de Portimão, perante situações desta envergadura.

Posto isto, entre outras atividades a desenvolver, propusemo-nos a pesquisar sobre o tema, por forma a apresentar uma sugestão fundamentada sobre a constituição deste Kit, fornecendo assim o nosso contributo e tendo em vista o desenvolvimento das competências supracitadas.

O presente trabalho está dividido em três capítulos, inicia-se por um capítulo de definições acerca de catástrofe e situações multi-vítimas, segue-se um capítulo sobre os planos de emergência, e culmina na identificação dos riscos e possíveis lesões adjacentes e apresentação da proposta do Kit de resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima.

De referir que este trabalho foi lavrado à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association*, 6.^a edição.

1. CATÁSTROFE E SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS

Nas últimas décadas, tem havido uma tendência maior para situações de desastre e catástrofe, sendo que as mesmas provocam alterações críticas na comunidade, com um impacto dramático em todos os indivíduos. As comunidades podem levar anos a recuperar dos danos sofridos, sendo que as que possuem poucos recursos nunca chegam a recuperar. Para além dos danos materiais sofridos, os danos físicos e psicológicos dos indivíduos são outra das consequências graves destas situações de desastre e catástrofe (World Health Organization [WHO] e International Council of Nurses [ICN], 2009).

O desastre pode ser definido como um fenómeno natural ou induzido por ação humana externa que produz um elevado número de vítimas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). Os desastres ocorrem diariamente em todo o mundo, causando ameaças à saúde pública e resultando num grande número de mortes, feridos, infraestruturas, danos e destruição das instalações, sofrimento e perdas de meios de subsistência (ICN, 2009).

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, definida na Lei nº 80/2015, de 3 de agosto, que substitui a Lei n.º 27/2006 de 3 de julho, no artigo 3.º, é definido acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 5316).

A catástrofe é definida como um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, que ocorre rápido e subitamente e que provoca uma destruição desde o ponto de vista humano bem como material e onde a área que é afetada é maior do que no desastre, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas. (INEM, 2012; Rodríguez, Rodríguez, García, Carabantes & Puente, 2007). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, pode ser considerado “um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5316).

As catástrofes podem ser classificadas como naturais ou tecnológicas. As catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões, ciclones, inundações, terremotos, emergências por calor e frio extremo, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. As catástrofes tecnológicas incluem transportes de químicos, acidentes biológicos e radiológicos, bem como atos de terrorismo. Existem ainda as catástrofes complicadas por guerras ou conflitos internos, que levam a um colapso das estruturas sociais, políticas e económicas e são classificadas como emergências complexas ou catástrofes complexas (WHO e ICN, 2009).

As situações de catástrofe provocam um desequilíbrio entre as necessidades e os meios de auxílio/recursos disponíveis podendo afetar a saúde, a economia e o ambiente negativamente, por este motivo podem necessitar de intervenção local, nacional ou internacional, por forma a dar resposta aos afetados por este evento (Rodriguez *et al.*, 2007).

As catástrofes podem representar sérias ameaças de saúde pública para qualquer nação. Morte, trauma, lesões, agravamento de doenças crónicas, infeções, disseminação de doenças e problemas de saúde mental, são apenas algumas das potenciais consequências para a saúde pública advindas de uma catástrofe. Os cuidados de saúde devem estar rapidamente disponíveis para que haja uma diminuição do risco. A aptidão de resposta de um país perante uma catástrofe deve-se em certa parte à capacidade dos profissionais de saúde em realizarem uma avaliação rápida, comunicarem e gerirem todo o processo de desastre de uma forma eficaz perante a adversidade (WHO e ICN, 2009).

Numa situação de catástrofe, é inevitável que o momento inicial seja de grande confusão e desorganização, no entanto é essencial ter consciência da situação com o intuito de salvar o maior número de vítimas, otimizando os recursos disponíveis. Posto isto, é fundamental a presença de alguém no comando que obtenha uma visão global do problema e que seja capaz de organizar e coordenar todas as operações necessárias para gerenciar uma situação de crise (Rodriguez *et al.*, 2007).

Para uma resposta eficaz, perante situações de emergência multi-vítima, para além da importância do comando, comunicação e controle, são considerados três princípios básicos: triagem, tratamento e transporte (Campos, 2015).

A triagem consiste no processo de categorização e priorização das vítimas com o objetivo de proporcionar cuidados ao maior número possível de pessoas, com os recursos disponíveis (WHO, 2011a).

Em catástrofe, o método de triagem primária mais utilizado é o método START, que considera a frequência respiratória, tempo de preenchimento capilar e a capacidade para cumprir ordens simples. Permite classificar as vítimas, através de um sistema de cores que correspondem a uma escala de prioridade de tratamento (Silva, 2009; Oliveira, 2013).

No que toca aos tratamentos, é no posto médico avançado que são prestados todos os cuidados necessários à estabilização das vítimas, para que possam posteriormente ser transportadas nas melhores condições possíveis para uma unidade de saúde (INEM, 2012).

O planeamento e treino prévios à ocorrência de incidentes é fundamental para o sucesso da resposta e que deve ter em conta os recursos materiais e humanos disponíveis (Campos, 2015). O objetivo é salvar o maior número de vítimas e para que isso seja possível todo o processo de gestão deverá ser organizado e eficiente (INEM, 2012).

2. OS PLANOS DE EMERGÊNCIA

De acordo com Alexander (2016), um plano de emergência pode ser definido como um processo de preparação estruturada para futuras situações de contingência, tal como desastres ou situações multi-vítimas, não sendo um produto ou um resultado, pelo que alguns dos objetivos do plano são a manutenção da segurança pública, a limitação dos danos, a proteção da vulnerabilidade e a utilização eficiente dos recursos de emergência. O mesmo autor refere, ainda, que o bom plano deve ser realista e pragmático, deve corresponder às necessidades urgentes dos recursos disponíveis e deve ter em conta as limitações nas capacidades de respostas.

Muito tem sido feito na elaboração de planos de emergência que contemplem “todos os riscos”, na medida em que nenhum lugar é totalmente livre de perigo e riscos. Assim, todos os locais devem estar preparados para todos os tipos de emergência, pois serão poucos os locais onde apenas existirá um risco associado (Alexander, 2016).

A Lei de Bases da Proteção Civil, prevê no Artigo 50º, que os planos de emergência sejam elaborados com base nas orientações da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), podendo existir planos gerais ou especiais de acordo com a sua finalidade, e nacionais, regionais, distritais ou municipais, conforme a extensão territorial.

A nível nacional vigora o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC), com parecer favorável a 29 de maio de 2013, o qual reúne vários pontos definidos pela CNPC e que se organiza, de grosso modo, em duas fases, no que toca à sua efetivação: Fase de Emergência e Fase de Reabilitação. Na primeira fase, são privilegiadas ações, destacando-se entre elas, Operações de socorro e salvamento, Emergência pré-hospitalar e Transporte de vítimas (Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC], 2013).

O respetivo plano, prevê também que em relação às Câmaras Municipais/ SMPC, uma das ações adjacentes à fase de emergência, seja “Disponibilizar meios, recursos e

pessoal para a resposta de proteção civil e socorro, de acordo com as missões operacionais legalmente definidas” (ANPC, 2013, p. 51). Dessa forma, também a nível municipal devem existir planos de emergência, que consigam dar resposta às características inatas de cada município.

O concelho de Portimão é composto por três freguesias, nomeadamente, Portimão, Alvor e Mexilhoeira Grande, sendo que nos censos de 2011, residiam 55614 habitantes em todo o concelho, de acordo com Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Para além disso é um dos 6 concelhos algarvios com uma maior densidade populacional (INE, 2012).

Tal como todos os concelhos algarvios, Portimão sofre diversas oscilações populacionais sazonais, sendo o pico máximo entre os meses de julho e agosto, podendo ocorrer uma duplicação ou triplicação da população. Desta forma, devemos ter em mente que, existindo uma situação de catástrofe, dependendo da época do ano, também o número de vítimas expectável será variável.

A nível municipal, o SMPC, dispõe de um Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC), o qual foi “aprovado pela Comissão Nacional de Proteção Civil em 9 de dezembro de 2010” (Câmara Municipal de Portimão [CMP], 2012, p.10).

De entre os seus vários objetivos, salientam-se, “Providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e os meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um acidente grave ou catástrofe” (CMP, p. 11).

De acordo com o Artigo 35º da Lei de Bases da Proteção Civil,

“1 - Compete ao presidente da câmara municipal, no exercício de funções de responsável municipal da política de protecção civil, desencadear, na iminência ou ocorrência de acidente grave ou catástrofe, as acções de protecção civil de prevenção, socorro, assistência e reabilitação adequadas em cada caso.

2 - O presidente da câmara municipal é apoiado pelo serviço municipal de protecção civil e pelos restantes agentes de protecção civil de âmbito municipal.” (p. 5321)

O PMEPC já foi ativado nalguns momentos do passado, nomeadamente em situações de inundações, no ano de 1997, e incêndios florestais, sendo que a última vez foi em agosto deste ano, pelos grandes incêndios que deflagraram em Portimão, Monchique e Silves. Portimão assumiu a liderança no apoio logístico nesta adversidade e deu resposta aos três concelhos afetados, nomeadamente no acolhimento das pessoas evacuadas, confeção de refeições para os profissionais no terreno, entre outros.

Tal como o PNEPC, também o PMEPC se divide em duas fases de desenvolvimento da ação – Emergência e Reabilitação. No que toca à fase da emergência, esta

“envolve as ações de resposta tomadas e desenvolvidas nas primeiras horas após um acidente grave ou catástrofe no sentido de providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e meios indispensáveis à minimização das consequências, nomeadamente as que impactem nos cidadãos, no património e no ambiente” (CMP, 2012, p. 23).

De entre as medidas adotadas, surge “promover o socorro e assistência aos sinistrados e a sua eventual evacuação para os locais destinados ao seu tratamento” (CMP, 2012, p. 24).

Depreende-se que, existindo um acidente grave ou uma catástrofe, seja ativado o PMEPC, que prevê a articulação entre as várias entidades intervenientes. Os agentes de proteção civil que, a nível municipal, têm uma ação rápida e prioritária numa situação de acidente grave ou catástrofe, são: Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Bombeiros Voluntários de Portimão, INEM e Autoridade Marítima (caso a situação seja na orla marítima) (CMP, 2012).

De acordo com o PNEPC, os Corpos de Bombeiros sendo agentes de Proteção Civil, têm também ações definidas, entre elas “apoiar o socorro e transporte de acidentados e doentes, incluindo a emergência pré-hospitalar, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica” (ANPC, 2013, p. 54).

No que respeita à triagem primária, numa situação de catástrofe ou multi-vítimas, o PNEPC refere que é da competência da Área de Intervenção de Socorro e Salvamento, sendo em regra realizada pelos Corpos de Bombeiros, sob coordenação do INEM (ANPC, 2013).

A nível municipal, Portimão conta com um Corpo de Bombeiros Voluntários, composto por um quadro ativo de 120 elementos. Desses, cerca de 40 são bombeiros profissionais, sendo os restantes voluntários. No entanto não existe diferenciação no que respeita a formação, progressão ou prontidão nos elementos, pelo que a maioria estarão capacitados para a resposta a uma situação multi-vítimas ou de catástrofe.

De acordo com a *American College of Surgeons*¹(2012), a resposta das equipas de emergência pré-hospitalar a situações de catástrofe natural ou de intervenção humana, ocorre em 4 fases: fase do caos (entre 15 a 20 minutos); fase da organização (entre uma a duas horas); fase de limpeza e evacuação; e recuperação gradual. No entanto, e sendo realistas, nunca poderemos prever os recursos humanos disponíveis de imediato para responder a uma adversidade, pelo menos nas primeiras horas.

Contudo, devemos ter presente que as próprias equipas de emergência podem ser vítimas num evento catastrófico, pelo que podem não responder, podendo alguns estar feridos, mortos ou infetados, enquanto outros podem estar a ajudar as suas próprias famílias. Para além disso, algumas estradas podem ficar intransitáveis, pelo que impedem as equipas de emergência de chegar ao local, tal como aconteceu com o Furacão Katrina (Institute of Medicine of the National Academies, 2007).

Para além do mais, se a situação de catástrofe for a nível regional ou mesmo, nacional, de acordo com a *United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs*² (2017), temos que ter em mente que reinará o caos, mas que é fundamental existir coordenação, sendo as primeiras 72 horas após um desastre bastante cruciais.

Reconhecendo, que num desastre regional ou nacional não contaremos com ajuda imediata externa, teremos que contar com os próprios recursos existentes, pelo que a aplicação de boas práticas, com vista à diminuição dos riscos identificados, será uma arma fulcral para tornar as comunidades e as entidades locais cada vez mais resilientes.

¹ Colégio Americano de Cirurgiões

² Coordenação de Assuntos Humanitários das Nações Unidas

3. RISCOS IDENTIFICADOS E LESÕES ASSOCIADAS

Na última década, mais de 2,6 bilhões de pessoas em todo o Mundo foram afetadas por desastres naturais, tais como, deslizamentos de terra, ciclones, inundações, alterações de temperatura extremas, como ondas de calor ou frio severo, e dessas morrem cerca de 1,2 milhões de pessoas. Todos estes incidentes levam a um aumento significativo do número de ocorrências. Para além disso, os conflitos civis, após um desastre ou uma situação de catástrofe, também podem resultar em muitos casos de trauma. As lesões resultantes de uma situação de desastre ou incidente grave, quer pela sua quantidade, gravidade ou quantidade, tornam escassas as equipas médicas pré-hospitalares (WHO, 2011b).

Em situações de colapso de infraestruturas, acidentes de viação, violência e conflitos civis ocorrem, na sua maioria, situações de trauma, enquanto que, nas inundações e tsunamis a maior causa de morte é o afogamento. Em relação a situações de terremotos, podemos mencionar o exemplo do terremoto de *Gujarat*, em 2001, onde surgiram lesões traumáticas na sua maioria, dividindo-se por: trauma dos membros inferiores (56%); trauma da coluna e zona pélvica (17%); trauma dos membros superiores (13%); trauma torácico e/ou abdominal (<4%); esmagamento (<2%) (WHO, 2011b).

De acordo com a WHO (2011b), após uma situação de catástrofe, as situações de trauma grave e as feridas são as situações que carecem de uma intervenção mais precoce, para minimização de danos e aumento da sobrevivência.

Podemos compreender que, os padrões de lesão, decorrentes de situações de catástrofe ou de situações emergência multi-vítima, estão diretamente relacionados com os mecanismos de lesão e com as propriedades específicas do agente agressor. Não obstante, a evidência demonstra que a maioria das vítimas de catástrofes ou de situações de emergência multi-vítima apresentarão lesões traumáticas graves, corroborando o supracitado (Rodríguez *et al*, 2007; American College of Surgeons, 2012).

Por forma a perceber os tipos de lesões decorrentes de situações multi-vítimas ou de catástrofes, é primordial fazer o levantamento dos riscos existentes numa comunidade.

A CMP (2012), no PMEPC, identifica os principais riscos do município, nomeadamente:

- **Riscos naturais:** Secas, inundações/cheias, incêndios florestais, sismos, situações meteorológicas adversas (ventos fortes), maremotos/tsunamis e instabilidade geomorfológica;

- **Riscos tecnológicos ou provocados pelo Homem:** incêndios e explosões, acidentes graves (rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais), acidentes graves que envolvam substâncias perigosas, colapso de estruturas/soterramentos; rotura de barragens, contaminação (ar, água e do solo) e poluição marítima.

Tendo em conta os riscos reconhecidos, entende-se que, em caso de ocorrência dos referidos eventos, haverá uma elevada probabilidade de desencadeamento de situações de catástrofe ou de emergência multi-vítima. Perante situações desta natureza, é importante que as equipas de resposta se encontrem preparadas, uma vez que estas ocorrências geram problemas diversos, relacionados com a desproporção entre os meios disponíveis e o número de vítimas, coordenação de meios, evacuação de vítimas, entre outros (Rodríguez *et al.*, 2007).

Deste modo, pretende-se identificar as potenciais lesões decorrentes de situações de catástrofe e situações de emergência multi-vítima, tendo em consideração os mecanismos de lesão mais frequentes (Quadro 1.).

QUADRO 1. MECANISMOS DE LESÃO E POTENCIAIS LESÕES/COMPLICAÇÕES	
MECANISMOS DE LESÃO	POTENCIAIS LESÕES/COMPLICAÇÕES
– Impacto (frontal, traseiro, rotacional, capotamento) – Ejeção – Encarceramento – Esmagamento – Exposição química – Exposição térmica – Queda – Explosão – Soterramento – Afogamento	– Obstrução da via aérea – Trauma vértebro-medular – Traumatismo crânio-encefálico – Trauma torácico – Trauma abdominal – Contusão do miocárdio – Aneurisma/dissecção da aorta – Fratura/luxação da bacia – Fratura/esmagamento/lesão de tecidos moles das extremidades – Hemorragias internas ou hemorragias exsanguinantes – Queimaduras térmicas e químicas – Amputações – Hipotermia

Fonte: (American College of Surgeons, 2012; Campbell, Alson & Chapter, 2016)

Neste âmbito, importa referir que o SMPC de Portimão, desenvolveu um plano de atividades para o ano 2018, tendo definido como objetivos:

- “a) Prevenir no território municipal os riscos coletivos e a ocorrência de acidente grave ou catástrofe deles resultante;
- b) Atenuar na área do município os riscos coletivos e limitar os seus efeitos no caso das ocorrências descritas na alínea anterior;
- c) Socorrer e assistir no território municipal as pessoas e outros seres vivos em perigo e proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público;
- d) Apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas nas áreas do município afetadas por acidente grave ou catástrofe.”

(SMPC, 2017, p. 5)

Por forma a alcançar os objetivos supracitados foram desenvolvidos diversos projetos, entre os quais a criação de uma base de apoio logístico municipal, que visa a operacionalização de uma Unidade de Reserva Logística Municipal, provida de recursos

que permitam potencializar a eficácia da resposta. Neste projeto surge entre os objetivos: “criar reserva de consumíveis e equipamentos de intervenção em catástrofe”, o que inclui a aquisição de Kit de Emergência para resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas (SMPC, 2017, p.45).

3.1.KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTROFE OU SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS

Após a identificação das potenciais lesões decorrentes de eventos catastróficos ou de emergência multi-vítima, considera-se pertinente que o Kit de Emergência contenha recursos materiais que permitam às equipas de primeira intervenção responder perante vítimas com lesões major e/ou hemorragias (Quadro 2.).

QUADRO 2. KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTORFE/SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS	
Abordagem	Material
A Via Aérea com Controlo da Cervical	• Tubos orofaríngeos (vários tamanhos) • Aspirador de secreções portátil • Planos duros • Colares cervicais • Estabilizadores de cabeça • Cintos aranha • Macas-pluma • Colete de extração
B Respiração	• Pocket-mask • Máscaras faciais • Garrafas de oxigénio • Insufladores manuais • Máscaras faciais para insufladores manuais
C Circulação	• Talas • Ligaduras • Compressas • Soros de irrigação • Torniquetes • Adesivo
D Disfunção Neurológica	• Máquinas para avaliação de glicémia • Tiras de glicémia

	• Lancetas
E Exposição	• Lençóis térmicos • Tesouras • Sacos de frio • Sacos de quente
Outro Material	• Luvas • Sacos de óbito • Caixões descartáveis • Sacos para lixo • Quadro para escrever • Canetas de acetato

CONCLUSÃO

Tudo o que pode acontecer, um dia acontece. Nunca sabemos quando, nem onde, vai acontecer um desastre, um acidente ou mesmo uma catástrofe. Nunca saberemos se estamos preparados até ao dia em que acontece. Assim, é importante formar, é importante capacitar, definir planos, definir estratégias e tornar os locais e as suas entidades cada vez mais resilientes.

A realização deste trabalho, ao ter como objetivo desenvolver competências adjacentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a competência "Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção", permitiu-nos compreender qual o panorama nacional, regional e municipal relativamente aos planos de emergência, aos recursos existentes, quer humanos quer materiais.

A análise dos riscos patentes no concelho de Portimão e a identificação das lesões mais frequentes, em situações de emergência multi-vítima e catástrofe, foi a pedra basilar que nos permitiu definir os recursos materiais necessários para a composição do Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-vítimas.

Para além disso, este estágio permitiu-nos compreender a importância de um SMPC bem desenvolvido e bem dinamizado com uma boa articulação das entidades intervenientes, com funções bem definidas e com aposta na prevenção, são um grande passo para o atenuar dos efeitos numa situação de acidente grave ou catástrofe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, D. (2015). *Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery*. Oxford Research Encyclopedia, Natural Hazard Science. DOI: 10.1093/acrefore/9780199389407.013.12
- American College of Surgeons (2012). *Advanced Life Support® Student Course Manual* (9.^a Edição). Chicago, Estados Unidos da América: American College of Surgeons.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC] (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Retirado de: http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Câmara Municipal de Portimão [CMP] (2012). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil*. Retirado de: https://www.cm-portimao.pt/documentos/informacoes-uteis/planos-municipais/plano_municipal-emergencia-protecao-civil
- Campbell, J. E., Alson, R. L. & Chapter, A. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (8.^a Edição). Estados Unidos da América: Pearson Education.
- Campos, A. L. (2015). Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(1), 84-96. Acedido a 20 de novembro de 2018. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=e365f9ad-b58f-4501b69faaf15f5161fa%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=102859547&db=lth>

Institute of Medicine of the National Academies (2007). *Emergency Medical Services: At the Crossroads*. Retirado de: <https://www.nap.edu/read/11629/chapter/8#182>

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2012). *Situação de exceção, Manual TAS*. ISBN 978-989-8646-08-8. Retirado de: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 *Resultados Definitivos - Região Algarve*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.. Retirado de: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156658355&att_display=n&att_download=y

Lei nº 80/2015, de 3 de agosto, Diário da República. Série I, nº 149/2015, que substitui Lei nº 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Retirado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/maximized>

Oliveira, F.A.G. (2013). Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: uma revisão sistemática. *Universidade Federal da Bahia, Salvador da Bahia*. Retirado de: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13977>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 124/2011, 18 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, parte E, n.º 35. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.

Rodríguez, F.C, Rodríguez, F. M., García, M. C., Carabantes, J. C. D. & Puente, R. M. E (2007). *Manual de Asistencia Sanitaria en Accidentes Múltiples Víctimas*. Valladolid: Junta de Castilla y León (Consejería de Sanidad). Retirado de: <http://semesmadrid.es/wp-content/uploads/Manual-Asistencia-a-Accidentes-M%C3%BAltiples-V%C3%ADctimas.pdf>.

Serviço Municipal de Proteção Civil [SMPC] (2017). *Plano de Atividades da Proteção Civil Municipal de Portimão*. Portimão: Câmara Municipal de Portimão. Retirado de: <https://www.cm-portimao.pt/docman/informacoesuteis/planos-municipais/1239-plano-anual-de-atividades-da-protcivil-municipal-2018/file>

Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester*. Universidade do Porto (Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe), Porto. Retirado de: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/19983>

United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs (2017). *Five essentials for the first 72 hours of disaster response*. Retirado de: <https://www.unocha.org/story/five-essentials-first-72-hours-disaster-response>

World Health Organization (2011a). *Hospital emergency response checklist*. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health. Retirado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf?ua=1

World Health Organization (2011b). Disaster Risk Management for Health MASS CASUALTY MANAGEMENT. Retirado de: https://www.who.int/hac/events/drm_fact_sheet_mass_casualty_management.pdf?ua=1

World Health Organization & International Council of Nurses, (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneve: International Council of Nurses. Retirado de: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf

Apêndice 23 - Projeto de Estágio à pessoa em Situação Crítica



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

PRÉ-PROJETO DE ESTÁGIO

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2/ UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

Orientadores:

Enfermeira Chefe Suzel Poucochinho

Enfermeira Especialista Susana Mestre

Professora Maria Antónia Costa

Discente:

Luciana Mariano

Setúbal



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

PRÉ-PROJETO DE ESTÁGIO

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2/ UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

Orientadores:

Enfermeira Chefe Suzel Poucochinho

Enfermeira Especialista Susana Januário Mestre

Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Discente:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano, n.º 170531040

Ano letivo 2017/2018

Setúbal, 28 de maio de 2018

ABREVIATURAS/ SIGLAS

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em situação crítica

UCISU2/ UIDA- Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2/ Unidade de Internamento de Doentes Agudos

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	CCCXVII
<u>1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2/ UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS</u>	CCCXX
<u>2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</u>	CCCXXII
<u>2.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</u>	CCCXXIII
<u>2.2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</u>	CCCXXXI
<u>2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM</u>	CCCXXXVII
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	CCCXXXVIII
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	CCCXXXIX

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (A1 e A2)CCCXXIII

Tabela 2. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (B1, B2 e B3)CCCXXV

Tabela 3. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (C1 e C2)CCCXXVIII

Tabela 4. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (D1 e D2)CCCXXX

Tabela 5. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (K1, K2 e K3)CCCXXXI

Tabela 6. Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem.....CCCXXXVII

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, do 2.º curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (PSC), foi-me proposto a realização de um pré-projeto de estágio.

Para Ferrito (2010, p.6), o trabalho de projeto “é uma das metodologias que irá permitir ao estudante, estar simultaneamente em contexto prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de uma forma mais específica”. Assim, só através de um planeamento previamente bem estruturado, é possível direcionar a prática de modo a atingir os objetivos e a desenvolver as competências.

No documento elaborado constam os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio, que vão promover a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica.

Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

O estágio irá desenvolver-se na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 (UCISU2) / Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e terá uma duração de cento e trinta horas de contato que irão ser distribuídas durante seis semanas. As unidades de cuidados intermédios são caracterizados por serem “locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003, p.6).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC estabelece que o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar os problemas presentes e potenciais da PSC de forma célere, prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar, realizar de forma diferenciada a

gestão da dor, devendo ainda maximizar a implementação de medidas de controlo e prevenção de infeção, sendo esta informação corroborada pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b).

Tendo em conta o supramencionado, e segundo o planeamento da unidade curricular, os objetivos de aprendizagem são:

- Prestar cuidados à pessoa/família em situações de urgência;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em situações de urgência;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situações de urgência;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situações de urgência;
- Identificar os focos de instabilidade;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes de situações de urgência;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de urgência;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação de urgência.

Como instrumento de avaliação em 50% da nota final neste estágio, está contemplado o planeamento, desenvolvimento e apresentação de uma sessão de formação em serviço, sobre um tema que reflita as necessidades do mesmo.

Quanto à estrutura do trabalho, primariamente irei apresentar uma breve caracterização do local de estágio, visto esta ser imprescindível para uma melhor compreensão do funcionamento do serviço. Posteriormente será abordado em forma de tabela para uma melhor interpretação o cronograma de atividades a desenvolver com vista a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Por fim, terminarei com as considerações finais onde está patente a importância da realização do pré-projeto como linha orientadora e ainda a apresentação das referências bibliográficas emanadas pela *American Psychological Association*, 6ª edição, que serviu de base na sua elaboração.

Importa referir que este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, como base para a formatação.

1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2/ UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

Antes de delinear as atividades a desenvolver durante o estágio é essencial perceber as características específicas do serviço onde este se vai desenvolver. Deste modo, irei proceder a uma breve caracterização da UCISU2/ UIDA.

A UCISU2/ UIDA incorpora-se na Unidade Hospitalar de Portimão, que integra o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Considerando o paradigma europeu, a UCISU2/ UIDA é uma unidade de nível II, são destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.

Integrada no departamento de emergência/urgência e cuidados intensivos, a UCISU2/ UIDA está localizada no piso um, próximo dos serviços de urgência geral, imagiologia, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

É constituída por duas salas (enfermarias), dotadas com a capacidade para receber nove doentes agudos e/ou críticos e três doentes do foro da medicina interna, respetivamente. As doze camas disponíveis na UCISU2/ UIDA estão devidamente equipadas com monitorização cardíaca e respiratória permanente, bombas e seringas perfusoras, de modo a assegurar assistência a situações clínicas com disfunção de órgão e/ou necessidade de intervenção farmacológica ativa como de cuidados de vigilância e monitorização avançados. Para além das duas enfermarias, a UCISU2/ UIDA é constituída por uma arrecadação, sala de sujos, casa de banho dos doentes, gabinete da enfermeira chefe, armários de material, balcão de trabalho e balcão central que é utilizado para a realização de registos e onde se consegue ter uma maior vigilância do doente.

No que diz respeito aos recursos humanos na UCISU2/ UIDA, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos de várias especialidades através da sua colaboração (fisioterapeuta, técnico de cardiopneumologia, assistente social, dietista).

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um elementos, dos quais fazem parte a enfermeira chefe e a enfermeira que a substitui na sua ausência, sendo a mesma o elo de ligação à comissão de controlo de infeção. Os restantes dezanove elementos da equipa de

enfermagem estão divididos por quatro equipas de trabalho, sendo o rácio enfermeiro: doente de 1:3 nos turnos da manhã e da tarde e 1:4 no turno da noite. O método de trabalho desenvolvido na UCISU2/ UIDA, é o método individual de trabalho, tendo o modelo teórico de Nancy Roper como quadro de referência. Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, em impresso próprio da unidade. A passagem de turno é sempre realizada na presença de todos os elementos do serviço e perto de cada doente.

A equipa médica é constituída pelo médico responsável e coordenador da UCISU2/ UIDA, que desempenha funções de segunda a quinta-feira no período das 8 horas às 16 horas. A partir das 16 horas até às 8 horas do dia seguinte, feriados e fins-de-semana, é da responsabilidade dos médicos escalados na unidade de cuidados intensivos. A visita médica é realizada no início e no final do turno da manhã.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por dez elementos, dois no turno da manhã e da tarde e um no turno da noite.

A reposição do material de consumo clínico é realizada por níveis através do sistema “armazéns avançados”, onde é enviado o registo de forma automática ao armazém central e é repostado duas vezes por semana. Os fármacos são pedidos à farmácia às segundas, quartas e sextas-feiras.

A grande maioria dos doentes internados na UCISU2/ UIDA é proveniente do serviço de urgência ou de serviços de internamento no caso de disfunção de órgão aguda ou crónica agudizada potencialmente reversível. O tempo de internamento não deve exceder as setenta e duas horas, estima-se ser o tempo necessário para a estabilização do doente.

A UCISU2/ UIDA dispõe de dois períodos de visita de uma hora cada, sendo o momento para a colheita de dados, informações acerca do doente, realização de ensinamentos e onde é entregue o guia de acolhimento.

2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após um contato inicial com o local de estágio e com a equipa multidisciplinar, mais concretamente com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, foi-me possível selecionar atividades que irei desenvolver durante o estágio e que vão dar resposta à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

De seguida, irei apresentar o cronograma de atividades em forma de tabela para uma melhor interpretação do mesmo e a respetiva calendarização das atividades a desenvolver durante as seis semanas de estágio. Tentarei adaptar as atividades a desenvolver para o cumprimento das competências tendo em conta o local de estágio e sabendo de antemão que algumas poderão não ser realizadas na totalidade, visto o período de tempo de estágio ser curto.

2.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

COMPETÊNCIAS COMUNS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Descritivo <i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i>	Revisão do Código Deontológico dos Enfermeiros;	x	x	x	x	x	x
	Prestação de cuidados ao doente de acordo com o código deontológico do enfermeiro;	x	x	x	x	x	x
	Atuação de acordo com o Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro;	x	x	x	x	x	x
	Participação na tomada de decisões em equipa, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos;	x	x	x	x	x	x
	Aplicação dos conhecimentos éticos e deontológicos no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados ao doente/família em contexto de situação crítica;	x	x	x	x	x	x
	Reflexão com a enfermeira orientadora acerca do processo de tomada de decisão;	x	x	x	x	x	x
	Reflexão com a enfermeira orientadora, acerca do comportamento por mim desempenhado ao longo do estágio.	x	x	x	x	x	x

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Descritivo <i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i>	Observação da enfermeira orientadora e restante equipa enquanto agentes promotores da proteção dos direitos humanos, no processo de prestação de cuidados ao doente;	X	X	X	X	X	X
	Proteção dos direitos humanos dos doentes;	X	X	X	X	X	X
	Prestação de cuidados ao doente, respeitando a confidencialidade, privacidade, valores, costumes e crenças do mesmo e sua família;	X	X	X	X	X	X
	Participação do doente no seu processo de tomada de decisão;	X	X	X	X	X	X
	Colaboração com a enfermeira orientadora na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção;	X	X	X	X	X	X
	Discussão com a equipa multidisciplinar sobre questões de segurança, privacidade e dignidade do doente;	X	X	X	X	X	X
	Atuação de forma sigilosa face a informação acerca do doente.	X	X	X	X	X	X

Tabela 1- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (A1 e A2).

COMPETÊNCIAS COMUNS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Conhecimento das normas da qualidade em cuidados de saúde e em particular a norma dos padrões de qualidade da instituição (Plano estratégico de Enfermagem 2015-2018);	x	x	x			
	Levantamento junto da enfermeira orientadora, dos principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade atualmente em prática na UCISU2/UIDA.	x	x	x			
	Descritivo <i>Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.</i>						
B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.	Participação com a enfermeira orientadora em programas de melhoria continua de qualidade, caso surja a oportunidade durante o estágio;	x	x	x	x	x	x

	Colaboração com a enfermeira orientadora na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente ao doente crítico, tendo por base a evidência científica existente.	x	x	x	x	x	x
	Descritivo <i>Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.</i>						
B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.	Criação de um ambiente seguro e protetor, atendendo nomeadamente às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais do doente e da sua família;	x	x	x	x	x	x
	Respeito pelos valores e crenças religiosas/ culturais do doente e da sua família;	x	x	x	x	x	x
	Respeito pela individualidade de cada doente, proporcionando a personalização dos cuidados;	x	x	x	x	x	x
	Consulta das Políticas hospitalares referente à qualidade e segurança;	x	x	x			
	Gestão de uma relação de confiança com o doente e com a sua família, baseada na escuta ativa e uma comunicação eficaz que	x	x	x	x	x	x

	permita ao doente/família verbalizar os medos, inseguranças e que esclareça as suas dúvidas e incertezas.						
	Descritivo <i>Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i>						

Tabela 2- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (B1, B2 e B3).

COMPETÊNCIAS COMUNS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Descritivo <i>Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de</i>	Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X	X
	Articulação com a equipa multidisciplinar na gestão do regime terapêutico dos utentes;	X	X	X	X	X	X
	Gestão dos cuidados ao doente/família em situação crítica, avaliando as necessidades e implementando estratégias/intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem;	X	X	X	X	X	X
	Prestação de cuidados de acordo com a situação clínica e necessidades do doente, planeando o trabalho e gerindo o meu tempo;	X	X	X	X	X	X
	Reflexão sobre a prática de cuidados e a tomada de decisão, em conversas informais com a enfermeira orientadora;	X	X	X	X	X	X

<i>enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i>	Prestação de cuidados de modo a assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança do doente de acordo com as normas e recomendações implementadas no serviço/instituição.	X	X	X	X	X	X
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Descritivo <i>Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</i>	Integração na UCISU2/UIDA;	X	X	X			
	Observação do estilo de liderança da enfermeira chefe do serviço e da enfermeira orientadora quando responsável de turno;	X	X	X			
	Reflexão com a enfermeira orientadora sobre os diferentes estilos de liderança e sobre a sua adequação e eficácia aos diferentes momentos e à dinâmica do serviço e da equipa;	X	X	X			
	Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço;	X	X	X			
	Gestão adequada dos recursos físicos e humanos, na tentativa de garantir eficácia e eficiência;	X	X	X	X	X	X
	Demonstração de interesse, empenho, motivação;	X	X	X	X	X	X
	Participação na discussão de assuntos relacionados com a dinâmica e organização da gestão de cuidados.	X	X	X	X	X	X

Tabela 3- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (C1 e C2).

COMPETÊNCIAS COMUNS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
D1 — Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.	Reflexão sobre a prática clínica com a enfermeira orientadora;	X	X	X	X	X	X
	Reflexão com a enfermeira orientadora, acerca do comportamento e atitudes por mim desempenhados;	X	X	X	X	X	X
	Gestão adequada de sentimentos e emoções;	X	X	X	X	X	X
	Gestão dos medos e dificuldades por mim sentidos;	X	X	X	X	X	X
	Reuniões informais com a enfermeira orientadora.	X	X	X	X	X	X
	Descritivo <i>Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</i>						
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X	X
	Pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica;	X	X	X	X	X	X

	Partilha informal com a equipa multidisciplinar do conhecimento adquirido através da pesquisa efetuada;	x	x	x	x	x	x
	Prestação de cuidados aos doentes de acordo com a evidência científica;	x	x	x	x	x	x
	Consulta das Normas Hospitalares relacionadas com as técnicas necessárias à prestação de cuidados aos doentes;	x	x	x	x	x	x
	Colaboração com a enfermeira orientadora na formação em serviço, visto a mesma ser o elo de ligação da formação.	x	x	x	x	x	x
	Descritivo <i>Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.</i>						

Tabela 4- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (D1 e D2).

2.2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª

K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.	• Pesquisa bibliográfica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;	x	x	x	x	x	x
	• Prestação de cuidados holísticos ao doente e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de acordo com a evidência científica;		x	x	x	x	x
	• Identificação precoce de sinais de instabilidade do doente em situação crítica;		x	x	x	x	x
	• Observação da enfermeira orientadora na prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família;		x	x	x	x	x
	• Colaboração com a enfermeira orientadora na realização de intervenções específicas com as quais ainda não tenha tido contato no meu percurso profissional;		x	x	x	x	x
	• Acolhimento do doente e família na UCISU2/UIDA;		x	x	x	x	x
	• Planeamento de intervenções de acordo com as necessidades do doente/família;		x	x	x	x	x
	• Gestão da dor e do bem estar físico, psicossocial e espiritual;		x	x	x	x	x
	• Alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas;		x	x	x	x	x
	• Pesquisa bibliográfica acerca da ventilação não invasiva;	x	x	x	x	x	x

Descritivo <i>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i>	Preparação e manutenção do equipamento de ventilação não invasiva, vigilância da adaptação do doente ao ventilador e colaboração na programação dos parâmetros ventilatórios;		X	X	X	X	X
	Colheita de gasometria através de linha arterial e interpretação dos respetivos valores;		X	X	X	X	X
	Monitorização invasiva e não invasiva da função hemodinâmica;		X	X	X	X	X
	Visualização de colocação de linha arterial e cateter venoso central. Preparação do material necessário;	X	X	X	X	X	X
	Visualização de colocação de dreno torácico. Preparação de todo o material necessário;		X	X	X	X	X
	Realização de balanços hídricos;		X	X	X	X	X
	Assistência do doente e da sua família nas perturbações emocionais decorrentes dos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;	X	X	X	X	X	X
	Utilização de técnicas e estratégias de comunicação com o doente e a sua família adaptadas à situação clínica do mesmo;	X	X	X	X	X	X
	Prestação de apoio emocional ao doente e sua família;	X	X	X	X	X	X
	Gestão dos processos de relação terapêutica estabelecidos com o doente e com a sua família;	X	X	X	X	X	X

	Realização de registos claros no impresso próprio da UCISU2/UIDA em papel;		X	X	X	X	X
	Participação nas passagens de turno;		X	X	X	X	X
	Reunião informal com a enfermeira chefe, enfermeira orientadora e professora orientadora, de modo a seleccionar um tema que reflita as necessidades do serviço para elaboração de uma sessão formativa;			X			
	Planeamento da sessão formativa com o tema: “ Abordagem do <i>delirium</i> no doente crítico”;			X	X		
	Realização da sessão formativa;			X	X	X	X
	Apresentação da sessão formativa.						X
K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.	Reunião informal com o elemento do gabinete de risco do CHUA;	X	X	X			
	Conhecimento do plano de emergência externa do CHUA;	X	X	X			
	Validação junto da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora se a UCISU2/ UIDA tem disponível plano de emergência interno;	X	X	X			

Descritivo <i>Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.</i>	Conhecimento do plano de emergência interno da UCISU2/UIDA, as medidas de prevenção e de resposta do serviço em caso de situações de catástrofe e multi-vítima;	x	x	x			
	Reconhecimento das saídas de emergência e ponto de encontro em caso de emergência interna.	x	x	x			
K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de	Reconhecimento da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde na UCISU2/UIDA;	x	x	x			
	Conhecimento das normas de prevenção e controlo de infeção da instituição, de acordo com as recomendações nacionais, em concreto o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos;	x	x	x			

respostas em tempo útil e adequadas. Descritivo <i>Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.</i>	Reunião informal com o grupo de coordenação local do CHUA;	x	x				
	Conhecimento dos valores monitorizados pelo gabinete de coordenação local e pelo elo de ligação da UCISU2/UIDA;	x	x				
	Identificação das necessidades da UCISU2/UIDA inseridas nas infeções associadas aos cuidados de saúde;	x	x	x			
	Conhecimento das precauções básicas do controlo de infeção;	x	x	x	x	x	x
	Higienização das mãos sempre que necessário, (cinco momentos principais), de modo a prevenir a infeção;	x	x	x	x	x	x
	Utilização de técnicas assépticas, sempre que os procedimentos o justifiquem;	x	x	x	x	x	x
	Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cumprindo as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e a nível hospitalar.	x	x	x	x	x	x

Tabela 5- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (K1, K2 e K3).

2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER NAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

COMPETÊNCIAS DE MESTRE	ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.	Reunião informal com a enfermeira chefe, enfermeira orientadora e professora orientadora, de modo a seleccionar um tema que reflita as necessidades do serviço para elaboração de uma sessão formativa;			X			
	Planeamento da sessão formativa com o tema: “ Abordagem do <i>delirium</i> no doente crítico”;			X	X		
	Realização da sessão formativa;			X	X	X	X
	Apresentação da sessão formativa.						X

Tabela 6- Cronograma das atividades a desenvolver no Estágio para aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste pré-projeto de estágio foi muito importante, na medida em que me foi possível estruturar e projetar as atividades a desenvolver durante o estágio, de modo a adquirir/desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica.

Trata-se de um documento objetivo e bem organizado, que serve como linha orientadora, sendo passível de mudança no decorrer do estágio.

A aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outros traduz-se numa grande riqueza, visto que nos ajuda a crescer como pessoas e essencialmente como profissionais de saúde, zelando sempre para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, pretendo que a realização deste estágio contribua para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e que seja um momento de oportunidades sendo que me sinto empenhada, motivada e com muita expectativa face a esta nova fase do meu percurso formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/10.176690/02>

Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), *Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos*, (15), 1-37. Acedido a 19 de maio de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 35, 8656-8657. Lisboa. Acedido a 18 de maio de 2018 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 123, 17240-17243. Lisboa. Acedido a 18 de maio de 2018 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Apêndice 24 – Trabalho “Abordagem do Delirium no Doente Crítico”



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

ABORDAGEM DO *DELIRIUM* NO DOENTE CRÍTICO

Orientadores:

Enfermeira Chefe Suzel Poucochinho

Enfermeira Especialista Susana Mestre

Professora Maria Antónia Costa

Discente:

Luciana Mariano

Setúbal



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

ABORDAGEM DO *DELIRIUM* NO DOENTE CRÍTICO

Orientadores:

Enfermeira Chefe Suzel Poucochinho

Enfermeira Especialista Susana Januário Mestre

Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Discente:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano, n.º 170531040

Ano letivo 2017/2018

Setúbal, 21 de junho de 2018

ABREVIATURAS

et al. – e outros

SIGLAS

CAM- *Confusion Assessment Method*

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

NICE- *Nationale Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em situação crítica

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

UCISU2/ UIDA- Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2/ Unidade de Internamento de Doentes Agudos

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	CCCL
<u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	CCCLIV
<u>2.1</u> <u>DEFINIÇÃO</u>	CCCLIV
<u>2.2</u> <u>CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM</u>	CCCLV
<u>2.3</u> <u>FATORES DE RISCO</u>	CCCLVI
<u>2.4</u> <u>DIAGNÓSTICO/ INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO</u>	CCCLVII
<u>2.5</u> <u>TRATAMENTO</u>	CCCLVIII
<u>2.5.1</u> <u>MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS</u>	CCCLVIII
<u>2.5.2</u> <u>MEDIDAS FARMACOLÓGICAS</u>	CCCLIX
<u>UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/</u>	
<u>UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS</u>	CCCLXII
<u>3.1</u> <u>CARACTERIZAÇÃO DA UCISU/UIDA</u>	CCCLXII
<u>METODOLOGIA DE PROJETO</u>	CCCLXIV
<u>4.1</u> <u>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</u>	CCCLXIV
<u>4.2</u> <u>DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS</u>	CCCLXV
<u>4.3</u> <u>PLANEAMENTO</u>	CCCLXVI
<u>4.4</u> <u>EXECUÇÃO</u>	CCCLXVII
<u>4.5</u> <u>AVALIAÇÃO</u>	CCCLXVIII
<u>4.6</u> <u>DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	CCCLXVIII
<u>CONCLUSÃO</u>	CCCLXIX
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	CCCLXXI

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1- FATORES DE RISCO PARA A OCORRÊNCIA DO DELIRIUM.....CCCXCIV

QUADRO 2- TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO DELIRIUM.....CCCXCIX

ÍNDICE DE APÊNDICES

1. CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCISU2/UIDA.....	CDXIV
2. ANÁLISE SWOT.....	CDXVII
3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	CDXIX
4. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	CDXXI
5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	CDXXIII
6. SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	CDXXV

ÍNDICE DE ANEXOS

1. MODELO DO PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO.....CDXLI
2. FOLHA DE PRESENÇAS.....CDXLIII
3. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM.....CDXLV

RESUMO

O delirium, vulgarmente conhecido como síndrome confusional agudo, de início súbito, frequente nos doentes internados, é pouco reconhecido pelos profissionais de saúde, sendo subvalorizado, devido a uma sobreposição de sintomas e à não utilização de instrumentos de avaliação objetivos e validados. Está associado a um aumento dos custos e do tempo de internamento, apresentando-se como uma das causas major de mortalidade. Este interfere com a avaliação e abordagem de outros sintomas acarretando consequências para o próprio doente essencialmente a nível da sua própria segurança, para a sua família e para os profissionais de saúde.

A elevada prevalência do delirium nos doentes críticos é sem dúvida um fator de preocupação para os profissionais de saúde, pelo que é essencial, a identificação precoce dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do mesmo e a sua prevenção. O tratamento do delirium passa essencialmente pela implementação de medidas não farmacológicas, estratégias comportamentais, ambientais por parte da equipa de enfermagem, sendo o tratamento farmacológico de segunda linha, baseando-se pela administração de fármacos antipsicóticos.

O reconhecimento e a prevenção do delirium são essenciais, tornando-se imperioso o uso de instrumentos de avaliação para um maior reconhecimento precoce nos doentes críticos e sendo fundamental a formação dos profissionais de saúde neste sentido.

Palavras-chave: *Confusion Assessment Method (CAM)*, Delirium, Doente Crítico, Enfermeiros e Prevenção.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, do 2.º curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (PSC), foi-me proposto a realização de um trabalho que reflita uma necessidade do serviço onde o estágio está a decorrer e que englobe o cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Entende-se por pessoa em situação crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

O estágio está a decorrer na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 (UCISU2) / Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), unidade de Portimão. Integrada no departamento de emergência/urgência e cuidados intensivos, a UCISU2/ UIDA está localizada no piso um, próximo dos serviços de urgência geral, imagiologia, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos. Considerando o paradigma europeu, a UCISU2/ UIDA é uma unidade de nível II, são destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.

As unidades de cuidados intermédios são caracterizados por serem “locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003, p.6).

Posto isto, a escolha desta temática, em concordância com a Enfermeira orientadora bem como com a Enfermeira Chefe do serviço, teve como base o desconhecimento/falta de informação acerca do tema por parte da equipa de enfermagem, a deficiente identificação dos fatores de risco e a não utilização de um instrumento de avaliação do delirium no doente crítico. A identificação da necessidade do serviço surgiu em conversas informais com a enfermeira orientadora e observação dos processos dos doentes, mais concretamente a leitura

das notas de enfermagem, onde é dito maior parte das vezes que o doente está confuso e agitado embora não são descritas quais as ações de enfermagem para a orientação do doente. Assim, a temática escolhida foi a abordagem do delirium no doente crítico neste caso, numa unidade de cuidados intermédios. Após a escolha da temática, efetuei pesquisa bibliográfica, em bases de dados, com um intervalo dos últimos cinco anos, de modo a que conseguisse garantir toda a evidência científica necessária.

Numa perspetiva histórica, o conjunto de sintomas a que atualmente se designa de delirium foi uma das primeiras doenças mentais a ser descrita na literatura médica, encontrando-se inúmeras referências nos trabalhos de Hipócrates. Deriva do latim “delirare”, que significa “estar fora do lugar”, “estar insano, confuso, fora de si” (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

O delirium é um problema, com consequências graves para o doente e para a sua família, embora na realidade subvalorizado pelos profissionais de saúde. É caracterizado por uma perturbação da atenção, da consciência, da cognição e da perceção que se desenvolve num curto período de tempo e costuma estar associado à perturbação do ciclo sono-vigília.

A sua prevalência na população em geral é de cerca de 0,4% nos adultos com mais de 18 anos de idade e de 1,1% com idade igual ou superior a 55 anos (DSM-5, 2014).

O delirium é muito comum em doentes críticos, com uma incidência entre 47% a 80%, sendo que, nem sempre é diagnosticado devido a desvalorização e/ou não reconhecimento, ou por não ser considerado a razão primária do internamento. Cerca de 30% a 66% dos casos de delirium não são devidamente diagnosticados e tratados corretamente, podendo levar à morte do doente (Pincelli, Waters & Hupsel, 2015). Assim sendo, é fundamental intervir precocemente nos fatores de risco no sentido de diminuir a suscetibilidade dos doentes ao desenvolvimento do delirium.

Segundo Pereira *et al.*, (2016), “os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, tem responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro que contribua para diminuir a ocorrência do delirium”. Assim, a sua abordagem no doente crítico remete para uma questão importante, a segurança do doente, sendo que como futura enfermeira especialidade em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica tenho uma maior responsabilidade nesse sentido.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC estabelece que o enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar os

problemas presentes e potenciais da PSC de forma célere, prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar, realizar de forma diferenciada a gestão da dor, devendo ainda maximizar a implementação de medidas de controlo e prevenção de infeção, sendo esta informação corroborada pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b).

Tendo em conta o supramencionado, defini como objetivo geral deste trabalho:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

De forma a atingir o objetivo geral do trabalho, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Pesquisar acerca da temática escolhida em bases de dados;
- Adquirir conhecimentos acerca do delirium no doente crítico;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium no doente crítico na UCISU2/UIDA;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no doente crítico;
- Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no doente crítico;
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com delirium através da sua uniformização.

Quanto à estrutura do trabalho, primariamente irei desenvolver o enquadramento teórico que contempla uma breve fundamentação teórica da temática escolhida (definição, classificação, fatores de risco, diagnóstico, instrumentos de avaliação, medidas não farmacológicas e farmacológicas e sedação). Posteriormente será apresentada a metodologia de projeto, ou seja, irei abordar as fases que a constituem e desenvolver o trabalho dentro das mesmas. Terminarei com a conclusão onde está patente a importância da realização deste trabalho para a aquisição/desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica bem como para a prevenção do delirium no doente crítico, promovendo a prestação de

cuidados de excelência. Por fim, surgem as referências bibliográficas emanadas pela *American Psychological Association*, 6ª edição, que serviu de base na elaboração do trabalho.

Importa referir que este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, como base para a sua formatação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O delirium é, provavelmente, mais prevalente do que habitualmente se pensa e é difícil de diagnosticar nos doentes críticos. A incidência vai dos 30% aos 70% nos doentes críticos médico-cirúrgicos (Urden, Stacey & Lough, 2008).

A prevalência do delirium é muito alta essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade. Estes indivíduos durante o internamento podem ter de 20% a 75% de hipóteses de falecerem ou uma taxa de mortalidade elevada após a alta hospitalar, sendo que mais de 15% morrem um mês após a alta e 25% morrem num prazo de seis meses (DSM-5, 2014).

Para Pereira *et al.*, (2016) o subdiagnóstico constitui-se como um problema, uma vez que os doentes com delirium, que não são atempadamente identificados, acabam por não beneficiar de um tratamento adequado, com todas as complicações que isso acarreta.

Segundo Farina, Smithburger & Kane-Gill (2015), o delirium no doente crítico está associado a uma maior mortalidade, essencialmente em indivíduos internados, maior morbilidade, mais tempo de internamento e consequentemente mais custos.

2.1 DEFINIÇÃO

O delirium caracteriza-se por uma perturbação da consciência, da cognição e da percepção que se desenvolve num curto período de tempo, geralmente de horas a dias e tende a flutuar ao longo do dia. A perturbação da consciência manifesta-se por uma redução da percepção do ambiente, da capacidade de focar, manter ou transferir sendo que a atenção está reduzida. A alteração da cognição pode manifestar-se através da diminuição da memória, mais evidente para a memória recente, desorientação geralmente no tempo ou no espaço e/ou perturbação da linguagem, como disartria, disnomia, disgrafia ou mesmo afasia. As perturbações da percepção estão ligadas a interpretações incorretas ou alucinações visuais, auditivas, tácteis, gustativas e olfativas. É crucial ter em conta o ambiente cultural e educacional do doente (DSM-5,2014; Faria & Moreno, 2013).

O estado de perturbação da consciência, cognição e percepção pode estar ligado a uma inversão completa do ciclo sono-vigília, que pode incluir sonolência diurna ou agitação noturna e dificuldade em adormecer (DSM-5, 2014).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM

Segundo DSM-5 (2014), o delirium pode classificar-se como induzido por substâncias, ocorrendo alguns minutos ou horas após a toma de doses altas de certas drogas; abstinência de substâncias, que se manifesta após a redução ou cessação da utilização de altas doses de álcool ou de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas e delirium por múltiplas etiologias. O delirium por múltiplas etiologias, surge como a situação mais comum, especialmente nos doentes críticos em que o delirium tem mais de uma etiologia.

A alteração de comportamento psicomotor está frequentemente ligada ao aparecimento do delirium. Assim, este pode essencialmente dividir-se em três subtipos: hiperativo, hipoativo e misto.

No delirium hiperativo, o doente apresenta atividade psicomotora aumentada, podendo manifestar alucinações, ideias delirantes e agitação. Neste tipo de delirium a segurança do próprio doente está em risco, visto este puder sair da cama, retirar dispositivos médicos, ter movimentos súbitos inadequados, sendo evidente respostas no doente como a taquicardia, dilatação pupilar, diaforese e ruborização facial. Quando a atividade psicomotora está diminuída, com sintomas como a lentificação, letargia podendo chegar ao estado estuporoso, resmungar consigo próprio, alucinações e gestos estamos perante o delirium hipoativo. Uma vez que o doente se encontra mais acamado, o risco de infeção e aparecimento de úlceras de pressão é maior. O tipo misto é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo (DSM-5, 2014; Prayce, Quaresma & Neto 2018; Urden *et al.*, 2008).

Os sintomas do delirium são mais tipicamente a agitação, inquietação, ansiedade, irritabilidade, desorientação, falta de atenção ou perturbações do sono. O delirium é reversível quanto mais atempadamente for detetado e tratado, assim pode desaparecer em poucas horas ou dias, ou pode persistir durante semanas ou meses podendo levar a estados de coma, estuporoso ou morte do doente (DSM-5, 2014).

Em termos de etiologia do delirium no doente crítico é vasta, depende essencialmente da interação entre as características do doente, da sua situação clínica e das características do meio envolvente (Prayce *et al.*, 2018). É importante avaliar o aparecimento súbito de alterações do estado mental ou evolução flutuante, inatenção, pensamento desorganizado e alterações do estado de consciência. A avaliação do delirium nos doentes críticos, é recomendada que seja realizada rotineiramente (Urden *et al.*, 2008).

2.3 FATORES DE RISCO

Em Portugal, o delirium no doente crítico está pouco estudado sendo desconhecida a sua prevalência (Prayce *et al.*, 2018). Os doentes críticos têm um maior número de fatores de risco associados, o que deve ser tomado em atenção para uma abordagem multifatorial. Assim, existem fatores de risco para o delirium no doente crítico modificáveis e não modificáveis (Faria & Moreno, 2013). Os fatores não modificáveis assentam essencialmente nas variáveis: idade, sexo, doenças crónicas entre outros (NICE, 2014). No quadro 1 são descritos alguns dos fatores de risco não modificáveis para a ocorrência/desenvolvimento do delirium.

Fatores de risco para ocorrência de <i>delirium</i>	
Metabólico	Medicação
Hiper- e Hiponatrémia	Opióides
Hipercalcémia	Benzodiazepinas
Desidratação	Corticosteroides
Hipo- e Hiperglicémia	Anticolinérgicos
Insuficiência renal	Doença cardiopulmonar
Insuficiência hepática	Enfarte agudo do miocárdio
Anemia	Insuficiência cardíaca congestiva
Hipoxia	Arritmias
Deficit de tiamina	Choque
Endocrinopatia	Insuficiência respiratória
Desequilíbrio ácido-base	Doença sistémica
Sistema nervoso central	Abstinência (ex. álcool, benzodiazepinas)
Neoplasia primária	Infeção
Metastização	Neoplasia
Doença leptomeníngea	Trauma grave
Estado de mal não convulsivo	Privação sensorial
Convulsões e estado pós-ictal	Desregulação térmica
Trauma	Pós-operatório / pós-procedimento
Doença vascular	Imobilização

Quadro 1- Fatores de risco para a ocorrência de delirium. Retirado de Prayce, Quaresma & Neto, (2018) in *Delirium: The 7th Vital Sign?*, Acta Médica Portuguesa

Para Faria & Moreno (2013), apesar de identificados alguns fatores de risco para a ocorrência do delirium no doente crítico, o mecanismo subjacente não está totalmente esclarecido. Realçam ainda que a prevenção é melhor que o tratamento, a identificação precoce dos fatores de risco não só diminui a incidência do delirium como também a severidade e a duração dos sintomas.

2.4 DIAGNÓSTICO/ INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O termo, síndrome confusional agudo ou doente confuso é aplicado muitas das vezes pelos profissionais de saúde a um doente com delirium. É crucial que se avalie através de instrumentos de avaliação validados e se faça um diagnóstico correto, de modo a prevenir e/ou tratar de melhor forma. Muitas das vezes, o delirium é confundido com a demência, no entanto é imperioso que se faça a distinção entre ambos. A perturbação da consciência é comum no delirium, mas não está presente na demência, bem como o aparecimento e evolução dos défices cognitivos, no delirium é rápido levando dias ou horas, enquanto que na demência o aparecimento é mais gradual ou insidioso (DSM-5, 2014). A demência tende a desenvolver-se lentamente, é uma doença crónica, progressiva para a qual não há cura, ao passo que o delirium é caracterizado por alterações súbitas e reversível se as causas forem identificadas e tratáveis. Caso existam dúvidas no diagnóstico, o tratamento inicial deve ser para delirium (NICE, 2014).

A identificação do delirium deve ser realizada pelo uso de escalas, de instrumentos de avaliação que nos permitam efetuar um reconhecimento precoce permitindo a prestação de cuidados de suporte e tratamento de causas reversíveis (NICE, 2014).

Segundo Faria & Moreno (2013), sendo o delirium frequentemente subdiagnosticado, é extremamente importante a sua monitorização visto ter implicações prognósticas importantes para o doente. Assim, a capacidade de avaliar o delirium, de forma objetiva, clara e precisa, é uma componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo.

Para Sampaio & Sequeira (2013), o papel do enfermeiro é fundamental no rastreio e na sua referenciação, uma vez que constitui uma emergência médica.

A *Confusion Assessment Method* (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal, apenas com quatro critérios, numa versão reduzida, sendo que estes são os principais permitindo o rastreio ou o diagnóstico da presença/ausência do delirium (anexo 3).

Para Sampaio & Sequeira (2013), a CAM deve ser utilizada somente para fins de rastreio de delirium e é considerada um instrumento de avaliação, com uma boa sensibilidade e muito boa especificidade sendo simples de utilizar, ocupando cerca de dois minutos cada avaliação, mediante uma avaliação cognitiva prévia. Pereira *et al.*, (2016), completa refutando

a ideia de a escala ser de aplicação rápida, podendo assim ser aplicada uma vez por turno. Para além da CAM existem outras escalas que podem ser aplicadas no rastreio do delirium no doente crítico como é o caso da CAM-ICU (Confusion Assessment Method- Unidade de Cuidados Intensivos), que como o próprio nome indica é utilizada nas unidades de cuidados intensivos.

2.5 TRATAMENTO

O delirium pode ser reversível, se a sua causa for identificada atempadamente. Após a sua identificação, o tratamento do delirium baseia-se no tratamento não farmacológico e farmacológico. A prevenção dos fatores de risco bem como a adoção de medidas não farmacológicas, são considerados o tratamento de primeira linha na abordagem do delirium no doente crítico, embora em termos farmacológicos ainda se encontra pouco evidenciada/estudada a sua eficácia (Prayce *et al.*, 2018).

2.5.1 MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Para Bannon *et al.*, (2016), as medidas não farmacológicas constituem todas as estratégias implementadas sem recurso a fármacos. As estratégias não farmacológicas que se usam para prevenir a agitação e o delirium são semelhantes às que se usam para controlar a dor (Urden *et al.*, 2008).

Sendo o tratamento não farmacológico considerado a primeira abordagem para o tratamento do delirium no doente crítico, e após a leitura de alguns estudos são algumas as intervenções/estratégias que adotadas podem ajudar no controlo do delirium.

As medidas não farmacológicas passam pelos profissionais de saúde adotarem comportamentos como: garantir um ambiente calmo, tranquilo; diminuir a luminosidade e os estímulos sonoros no horário noturno, dando luminosidade durante o dia; promover a alternância correta entre os ciclos de sono e vigília; promover uma nutrição e hidratação adequadas ao doente, deve ser privilegiada a alimentação oral, adaptada ao doente, mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral; evitar a alimentação via nasogástrica, visto esta ser um fator de desenvolvimento de delirium; utilizar um tom de voz calmo e sereno na comunicação com o doente e família; favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas já

existentes, melhorando a capacidade dos doentes perceberem o meio e interagirem com ele; avaliar a dor do doente e adotar medidas de prevenção de úlceras cutâneas estimulando a mobilização precoce e prevenindo as quedas (NICE, 2014; Pereira *et al.*, 2016; Prayce *et al.*, 2018).

Para Pereira *et al.*, a utilização de dispositivos invasivos como os cateteres centrais ou linhas arteriais deve ser minimizada, ou o tempo de permanência deve ser o mais indispensável possível, visto que o uso dos mesmos aumenta o desenvolvimento do delirium no doente crítico. Associado ao uso de dispositivos invasivos surge também o aparecimento de infeções, o que nos remete para a prestação de cuidados de acordo com os princípios básicos da prevenção e controlo de infeções, cumprindo as normas e protocolos vigentes na instituição. Os enfermeiros especialistas têm uma maior responsabilidade neste sentido, visto ser uma das competências a atingir do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica.

Os enfermeiros, são os profissionais de saúde com quem o doente está mais tempo, assim são estes que também devem promover uma maior ligação da família com o doente, sendo que caso esta não exista, o risco de propensão de delirium é maior. A presença da família, ou seja, a promoção da visita de familiares, estimula a interação com o doente mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço (Martins, Simões & Fernandes, 2013).

Para Prayce *et al.*, (2018), a contenção física não está só associada ao desenvolvimento de delirium, bem como à sua persistência. No entanto, no doente crítico com grande agitação podendo mesmo colocar-se em risco a ele próprio ou a terceiros, quedas ou remoção de dispositivos invasivos deverá proceder-se à contenção química, ou seja, deverá ser administrada terapêutica farmacológica para controlo da agitação como primeira linha.

2.5.2 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

As medidas farmacológicas devem ser executadas, após serem identificados todos os fatores de risco modificáveis e implementadas as medidas não farmacológicas bem como todas as causas reversíveis (Marra, Frimpong & Ely, 2016).

Em relação ao tratamento farmacológico, este está indicado para reduzir a incidência, gravidade e duração do delirium e prevenir que o doente se coloque em risco (Prayce *et al.*, 2018).

Os principais objetivos da farmacoterapia para controlo do delirium são diminuir a sintomatologia associada bem como os riscos inerentes o mais rápido possível. A medicação deve melhorar a agitação e a confusão dando especial atenção aos efeitos secundários da mesma (Wada, Morita, Iwamoto, Mifune, & Nojima, 2018).

O fármaco mais utilizado e de eleição no tratamento do delirium hiperativo nos últimos anos é o haloperidol (Faria & Moreno 2013; Prayce *et al.*, 2018; Schrijver, Graaf, Vries, Maier, & Nanayakkara, 2016).

Embora seja o fármaco mais utilizado para o controlo do delirium existem evidências que a sua eficácia ainda não é verdadeiramente comprovada com altos níveis de rigor científico (Hipp & Ely, 2012). O haloperidol estabiliza a função cerebral, sendo que o doente fica mais sonolento/sedado. É necessário a monitorização eletrocardiográfica do doente, visto que os neurolépticos produzem um prolongamento do intervalo QT, dando-se um aumento da incidência de disritmias ventriculares e de hipotensão (Hipp & Ely, 2012; Urden *et al.*, 2008; Wada *et al.*, 2018).

O haloperidol tem maior benefício quando utilizado em doses baixas, visto ser um fármaco de ação curta. Quando administrado em doses elevadas os efeitos secundários poderão ultrapassar os benefícios (Prayce *et al.*, 2018). Alguns estudos realizados indicam que o efeito dos antipsicóticos atípicos no delirium é similar ao do haloperidol (Faria & Moreno, 2013).

Assim, Hawkins, Bucklin & Muzyk (2013), referem a quetiapina como um fármaco eficaz e seguro para o tratamento do delirium no doente crítico, tendo a mesma eficácia que o haloperidol. Para Jain, Arun, Sidana & Sachdev (2018), a olanzapina pode ser uma alternativa ao haloperidol visto ter a mesma eficácia e segurança e menos efeitos secundários. A risperidona é um antipsicótico atípico e no estudo realizado por Wang, Woo & Bahk (2013), demonstra a mesma eficácia que o haloperidol, sendo também uma alternativa segura para o controlo do delirium no doente crítico.

Segundo Wada *et al.*, (2017), também a trazodona é uma alternativa segura no tratamento do delirium no doente crítico.

Para Pereira *et al.*, (2016), os doentes medicados com benzodiazepinas têm uma maior propensão de desenvolver delirium, sendo que a sua administração por bólus tem maior risco de desenvolvimento do delirium face em perfusão contínua. Segundo Prayce *et al.*(2018), a administração de benzodiazepinas provoca mais confusão no doente e maior sedação.

A escolha do fármaco para controlo do delirium no doente crítico é difícil visto existirem poucos estudos realizados. É uma escolha essencialmente baseada no doente, tendo em conta inúmeros fatores (Hipp & Ely, 2012).

As medidas farmacológicas não dependem apenas da ação da equipa de enfermagem, contudo podem ser geridas pelos mesmos, na medida em que a administração de fármacos quando prescritos ou caso seja necessário podem influenciar o maior ou menor risco de desenvolvimento de delirium no doente crítico (Pereira *et al.*, 2016). No quadro 2, pode ver-se alguns dos fármacos utilizados no controlo do delirium no doente crítico e em caso de sedação do doente quais os mais utilizados e respetivas dosagens.

Principais fármacos:	Dosagem
Haloperidol	0,25 a 1 mg; 2,5 – 5 mg q4h (oral, IM, EV, SC)
Olanzapina	2,5 mg; máx 10 mg (oral)
Quetiapina	12,5 – 25 mg (oral)
Risperidona	0,25 a 0,5 mg 2 id (oral)
Lorazepam	0,5 a 1 mg (oral)
Se necessário sedação:	
Midazolam	5 – 10 mg, q1h p.r.n; perf 30 – 120 mg/24h (SC, EV)
Haloperidol	5 – 10 mg, q1h p.r.n; iniciar 10 mg e perf 10 – 20 mg/24h (SC, EV)
Levomepromazina	12,5 – 25 mg (oral,SC), q1h p.r.n; perf 50 – 300 mg (EV, SC)
Cloropromazina	10 – 50 mg; máx 200 (oral, IM,EV, SC)
Fenobarbital	Iniciar 100 – 200 mg e q1h p.r.n.; 600 – 1200 mg/24h até 2400 mg/24h (EV,SC)

Quadro 2- Tratamento farmacológico do delirium. Retirado de Prayce, Quaresma & Neto (2018) in *Delirium: The 7th Vital Sign?*. Acta Médica Portuguesa

A sedação do doente crítico só deve ser iniciada depois de providenciada a analgesia adequada e o tratamento das causas fisiológicas reversíveis da agitação (Urden *et al.*, 2008).

Para Prayce *et al.*(2018), a sedação pode ser intermitente ou contínua quando a administração em bólus é ineficaz, sendo o haloperidol o fármaco de eleição. A cloropromazina, a levomepromazina ou o fenobarbital são alternativas ao haloperidol, ou seja, considerados fármacos de segunda linha no controlo do delirium do doente crítico. A morfina

não deve ser utilizada para sedar o doente. Em contexto de cuidados intensivos, a dexmedetomidina, está indicada para a prevenção e tratamento do delirium.

A sedação associa-se a complicações significativas, a imobilidade, o doente fica mais acamado, maior propensão ao aparecimento de úlceras de pressão, tromboembolia e maior risco de infeções nosocomiais (Urden *et al.*, 2008).

3 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/ UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA UCISU/UIDA

A UCISU2/ UIDA incorpora-se na Unidade Hospitalar de Portimão, que integra o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

Integrada no departamento de emergência/urgência e cuidados intensivos, a UCISU2/ UIDA está localizada no piso um, próximo dos serviços de urgência geral, imagiologia, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos.

É constituída por duas salas (enfermarias), dotadas com a capacidade para receber nove doentes agudos e/ou críticos e três doentes do foro da medicina interna, respetivamente.

As doze camas disponíveis na UCISU2/ UIDA estão devidamente equipadas com monitorização cardíaca e respiratória permanente, bombas e seringas perfusoras, de modo a assegurar assistência a situações clínicas com disfunção de órgão e/ou necessidade de intervenção farmacológica ativa como de cuidados de vigilância e monitorização avançados. Para além das duas enfermarias, a UCISU2/ UIDA é constituída por uma arrecadação, sala de sujos, casa de banho dos doentes, gabinete da enfermeira chefe, armários de material, balcão de trabalho e balcão central que é utilizado para a realização de registos e onde se consegue ter uma maior vigilância do doente.

No que diz respeito aos recursos humanos na UCISU2/ UIDA, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos de várias especialidades através da sua colaboração (fisioterapeuta, técnico de cardiopneumologia, assistente social, dietista).

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um elementos, dos quais fazem parte a enfermeira chefe e a enfermeira que a substitui na sua ausência, sendo a mesma o elo de ligação à comissão de controlo de infeção. Os restantes dezanove elementos da equipa de enfermagem estão divididos por quatro equipas de trabalho, sendo o rácio enfermeiro: doente de 1:3 nos turnos da manhã e da tarde e 1:4 no turno da noite. A caracterização da equipa de enfermagem foi elaborada e encontra-se no apêndice 1. O método de trabalho desenvolvido na UCISU2/ UIDA, é o método individual de trabalho, tendo o modelo teórico de Nancy Roper como quadro de referência. Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, em impresso próprio da unidade. A passagem de turno é sempre realizada na presença de todos os elementos do serviço e perto de cada doente.

A equipa médica é constituída pelo médico responsável e coordenador da UCISU2/ UIDA, que desempenha funções de segunda a quinta-feira no período das 8 horas às 16 horas. A partir das 16 horas até às 8 horas do dia seguinte, feriados e fins-de-semana, é da responsabilidade dos médicos escalados na unidade de cuidados intensivos. A visita médica é realizada no início e no final do turno da manhã.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por dez elementos, dois no turno da manhã e da tarde e um no turno da noite.

A reposição do material de consumo clínico é realizada por níveis através do sistema “armazéns avançados”, onde é enviado o registo de forma automática ao armazém central e é repostado duas vezes por semana. Os fármacos são pedidos à farmácia às segundas, quartas e sextas-feiras.

A grande maioria dos doentes internados na UCISU2/ UIDA é proveniente do serviço de urgência ou de serviços de internamento no caso de disfunção de órgão aguda ou crónica agudizada potencialmente reversível. O tempo de internamento não deve exceder as setenta e duas horas, estima-se ser o tempo necessário para a estabilização do doente.

A UCISU2/ UIDA dispõe de dois períodos de visita de uma hora cada, sendo o momento para a colheita de dados, informações acerca do doente, realização de ensinamentos e onde é entregue o guia de acolhimento.

4 METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas, adquirindo-se capacidades e competências. O seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. Para Ferrito (2010, p.6), o trabalho de projeto “é uma das metodologias que irá permitir ao estudante, estar simultaneamente em contexto prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de uma forma mais específica”. Assim, só através de um planeamento previamente bem estruturado, é possível direcionar a prática de modo a atingir os objetivos e a desenvolver as competências.

A metodologia de projeto é constituída assim pelas seguintes fases: diagnóstico de situação, planeamento, definição de objetivos, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia de projeto. Segundo Ferrito (2010), é nesta etapa que são definidos os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo prioridades e selecionando os recursos e os grupos intervenientes. É importante fazer distinção entre “problema” e “necessidade”. Enquanto o primeiro, quando conjugado com “saúde” refere-se a um estado de saúde deficitário, identificado por um indivíduo, um médico ou pela coletividade, a necessidade relaciona-se com o que existe atualmente e o que se pretende atingir (Tavares, 1990, *cit. in* Ruivo *et. al*, 2010).

A escolha desta temática do delirium no doente crítico surge essencialmente através de conversas informais com a enfermeira orientadora acerca da sedação no doente crítico. Posteriormente, foi através da leitura das notas de enfermagem que elaborei o diagnóstico de situação, visto que maioritariamente era descrito que o doente se apresentava confuso, agitado, embora não fossem mencionadas as medidas não farmacológicas e farmacológicas que foram desenvolvidas para resolver ou atenuar a situação. Para a elaboração e validação dos problemas aos quais pretendemos dar resposta, são inúmeros os métodos utilizados. Para Ferrito (2010, p. 13), “à utilização dos métodos, está implícita a observação do contexto e das

pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização”.

O método de análise *SWOT* que engloba os pontos fortes, pontos fracos oportunidades e ameaças também foi realizado para o diagnóstico de situação (apêndice 2).

4.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com (Mão-de -Ferro, 1990, *cit. in* Ruivo *et. al*, 2010, p. 18), “os objetivos apontam os resultados que se pretende, podendo incluir vários níveis que vão desde o geral ao mais específico”. Os objetivos gerais são definidos “como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados, ou seja, fornecem-nos indicações, acerca daquilo que o formando, deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo (p. 18)”. Os objetivos específicos baseiam-se em “indicadores de conhecimentos e aptidões, que os formandos devem adquirir ao longo do seu percurso formativo (p. 18)”.

Tendo em conta o supramencionado e o diagnóstico de situação elaborado, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

De forma a atingir o objetivo geral, delinieei os seguintes objetivos específicos:

- Pesquisar acerca da temática escolhida em bases de dados;
- Adquirir conhecimentos acerca do delirium no doente crítico;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium no doente crítico na UCISU2/UIDA;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no doente crítico;
- Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no doente crítico;
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com delirium através da sua uniformização.

4.3 PLANEAMENTO

O planeamento é a terceira fase da metodologia de trabalho e deve dar resposta aos objetivos delineados anteriormente. É caracterizada pela realização de um esboço do projeto, bem como o levantamento dos recursos e das limitações (Ferrito, 2010). As estratégias/atividades adotadas para atingir os objetivos delineados vão recair essencialmente sobre a realização de uma ação de formação sobre a abordagem do delirium no doente crítico à equipa de enfermagem da UCISU2/UIDA. Após esta sessão de formação, é exetável que a equipa de enfermagem seja capaz de identificar o delirium através da utilização de instrumentos de avaliação, prevenção de fatores de risco, medidas não farmacológicas, farmacológicas e consequente melhoria dos cuidados prestados.

O plano foi desenhado para seis semanas, visto ser o tempo da realização do estágio. No entanto, face a este período ser curto para a implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA, não foi possível a realização de algumas fases da metodologia de projeto. Foi elaborado um cronograma para que todo o planeamento realizado ficasse mapeado e perceptível (apêndice 3).

Segundo Ferrito (2010, p. 20), “o desenvolvimento do cronograma pode ser um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto. O desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto”.

Com o propósito de atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCISU2/UIDA, foi primeiramente necessário atualizar e ampliar os meus conhecimentos na temática do delirium no doente crítico através de pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados, garantido todo o rigor científico.

Para a sessão de formação foi elaborado um plano de sessão (apêndice 4), que foi validado e aprovado pela enfermeira orientadora da UCISU2/UIDA. Todos os profissionais intervenientes na prestação de cuidados diretos ao doente foram tidos em conta para a sessão de formação.

Por forma a permitir o maior número de participações na sessão de formação, a mesma será realizada às 16 horas, hora de passagem de turno e em que existe um maior número de enfermeiros presentes. Será realizada no gabinete da enfermeira chefe, localizado no espaço físico da UCISU2/UIDA. A sessão de formação terá uma duração total prevista de

60 minutos, para a apresentação do tema e onde se realizará brainstorming, esclarecimento de dúvidas e/ou troca de experiências. A temática vai ser abordada utilizando o método expositivo, com recurso ao computador e projetor multimédia.

Serão emitidos, pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUA, certificados de participação aos enfermeiros presentes, uma vez que as sessões cumprirão os requisitos estabelecidos por este departamento. Para identificação dos participantes, será disponibilizada na sessão de formação uma folha para registo de presenças (Anexo 2).

4.4 EXECUÇÃO

A fase posterior ao planeamento é designada de execução da metodologia de projeto, onde coloca tudo o que foi planeado em prática. Esta fase “possibilita a realização das suas vontades e necessidades através de acções planeadas” (Ferrito, 2010, p. 23).

Na fase de execução está evidenciada a importância da participação do orientador e do professor na medida em que, respetivamente podem disponibilizar recursos materiais ou humanos imprescindíveis para o processo de execução do projeto e coordenar e informar à medida que o projeto avança (Ferrito, 2010).

Tendo em conta a duração curta do estágio, apenas seis semanas não me foi possível efetuar esta fase da metodologia de projeto na totalidade, ou seja, não me foi possível a implementação de um instrumento de avaliação do delirium no doente crítico na UCISU2/UIDA, recolher dados, trata-los e desenvolver estratégias com a finalidade de proporcionar melhores cuidados prestados ao doente crítico. No entanto, embora em serviços diferentes, espero dar continuidade ao meu trabalho no âmbito do delirium no doente crítico no próximo estágio do 2ºano/1ºsemestre.

No entanto, foram planeadas formas de avaliação de atividades mais específicas, como é o caso da sessão de formação. Assim, após a sessão de formação planeada, será aplicada uma grelha de avaliação da sessão, do formador e das expectativas dos formandos, sugestões e comentários (apêndice 5).

Para Ferrito (2010), esta é a fase mais proveitosa, no entanto a que está associada a mais trabalho realizado.

4.5 AVALIAÇÃO

A avaliação é a penúltima fase da metodologia de projeto. Durante a fase de avaliação são realizados dois momentos: avaliação intermédia, realizada simultaneamente com a execução do projeto e a avaliação final, que como o próprio nome nos remete é realizada no final do projeto. É fundamental, recorrer a instrumentos de avaliação para que possa avaliar de um modo rigoroso (Ferrito, 2010).

Para que este plano cumpra os seus objetivos, é essencial que seja efetuada uma avaliação contínua do mesmo, que nos permita averiguar se as estratégias definidas são, de facto, eficazes ou se será necessário mudar a forma de ação com vista a atingir os objetivos propostos (Ferrito, 2010).

Assim, nesta fase da metodologia de projeto deveria realizar-se uma avaliação intermédia, no decorrer do projeto, de forma a salvaguardar eventuais necessidades de mudança de estratégias e adequação das atividades a desenvolver.

Em seguimento da fase anterior, esta fase não foi executada pelas mesmas razões acima descritas.

4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A última fase do processo de metodologia de projeto é designada de divulgação de resultados. Esta assume um papel fundamental no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria dos cuidados prestados. Surge como forma de sensibilização para o problema que estava em causa, servindo de exemplo a seguir (Ferrito, 2010). Como já foi referido anteriormente, esta etapa também não me foi possível de realizar face a curta duração do estágio realizado.

5 CONCLUSÃO

Através da pesquisa bibliográfica realizada, pude aprofundar conhecimentos acerca da temática do delirium no doente crítico e pude constatar também que este é subvalorizado pelos profissionais de saúde, sendo que deveria ser mais abordado visto a sua presença aumentar significativamente a mortalidade e a morbidade.

Posto isto, cabe-nos a nós como futuros enfermeiros especialistas em enfermagem em PSC, intervir através da formação dos profissionais de saúde neste sentido e implementação de instrumentos de avaliação do delirium no doente crítico nas instituições onde desempenhamos funções, sendo que a realização deste trabalho contribuiu essencialmente para o desenvolvimento de conhecimentos e competências que nos capacitam para tal.

Neste caso, a metodologia adotada foi a metodologia de projeto que compreende as fases de diagnóstico da situação, ou seja, identificação da necessidade, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados, as apropriadas para uma intervenção eficiente. Não foram realizadas todas as fases da metodologia de projeto, visto que o estágio teve uma duração curta, o qual não permitiu a implementação do instrumento de avaliação, a fase da execução na sua totalidade, a avaliação e a divulgação dos resultados.

No início do estágio deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente, o facto de estarem internados poucos doentes na UCISU2/UIDA, o que poderia dificultar-me em termos de aquisição/desenvolvimento de competências e a forma como as poderia atingir. Também o elevado número de horas exercido durante as semanas de estágio, visto ser trabalhador-estudante exigiu um esforço adicional da minha parte e por vezes foi difícil gerir. No entanto, apesar das limitações/dificuldades sentidas, a realização deste trabalho revelou-se gratificante para mim, enquanto mestranda e futura enfermeira especialista em enfermagem em PSC, uma vez que promoveu o desenvolvimento de conhecimentos e competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, como estabelecido nos Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC. Assim, considero ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente com a concretização do presente trabalho escrito e da realização de uma sessão de formação em serviço.

Como desafio futuro, penso dar continuidade ao trabalho desenvolvido, e propor a implementação deste instrumento de avaliação do delirium no doente crítico, sendo um veículo de promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, e melhorar e promover práticas seguras, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Em suma, o processo de elaboração deste trabalho revelou-se fundamental uma vez que promoveu a reflexão sobre o modo de agir, impulsionando o desenvolvimento de competências que me ajudam a tornar mais capacitada para cuidar da PSC.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. DSM- 5. 5ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores
- Bannon, L., Mcgaughey, J., Clarke, M., Mcauley, D. F., & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients : protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*, 5 (75), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0254-0>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Acedido a 18 de maio de 2018, disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Faria, R. S. B, & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos : uma realidade subdiagnosticada, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Farina, N., Smithburguer, P., & Kane-Gill, S. (2015). Critical Care, Screening and Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Hospital Pharmacy*, 50(8), 667–671. <https://doi.org/10.1310/hpj5008-667>
- Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Acedido a 5 de junho de 2018, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Hawkins, S.B., Bucklin, M., & Muzyk, A. J. (2013). Quetiapine for the treatment of delirium. *Society of Hospital Medicine*, 8(4), 215-220. <http://doi: 10.1002/jhm.2019>.

- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, (9), 158–175. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>
- Jain, R., Arun, P., Sidana, A., & Sachdev, A. (2018). Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4). <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
- Marra, A., Frimpong, K., & Ely, E. W. (2016). The ABCDEF Implementation Bundle, *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 31(3), 181–194. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2016.00682>
- Martins, S., Simões, M., & Fernandes, L. (2013). O impacto do delirium na família/cuidadores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), 43-48. Acedido em 6 de junho de 2018, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a07.pdf>
- Nationale Institute for Health and Care Excellence, (2014). Delirium in adults. Acedido a 1 de junho de 2018, disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962437>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 35, 8656-8657. Lisboa. Acedido a 18 de maio de 2018, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, parte E, n.º 123, 17240-17243.

Lisboa. Acedido a 18 de maio de 2018, disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29–36.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>

Pincelli, E. L., Waters, C., & Hupsel, Z. N. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, *Arquivo Médico do Hospital e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, (60), 131–139. Acedido em 17 de junho de 2018, disponível em:
http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/600/60/AR33.pdf

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7 th Vital Sign?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

Schrijver, E. J. M., Graaf, K. De, Vries, O. J. De, Maier, A. B., & Nanayakkara, P. W. B. (2016). European Journal of Internal Medicine Efficacy and safety of haloperidol for in hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. *European Journal of Internal Medicine*, (27), 14–23.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.10.012>

Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 5ª ed. Camarate: Lusodidacta

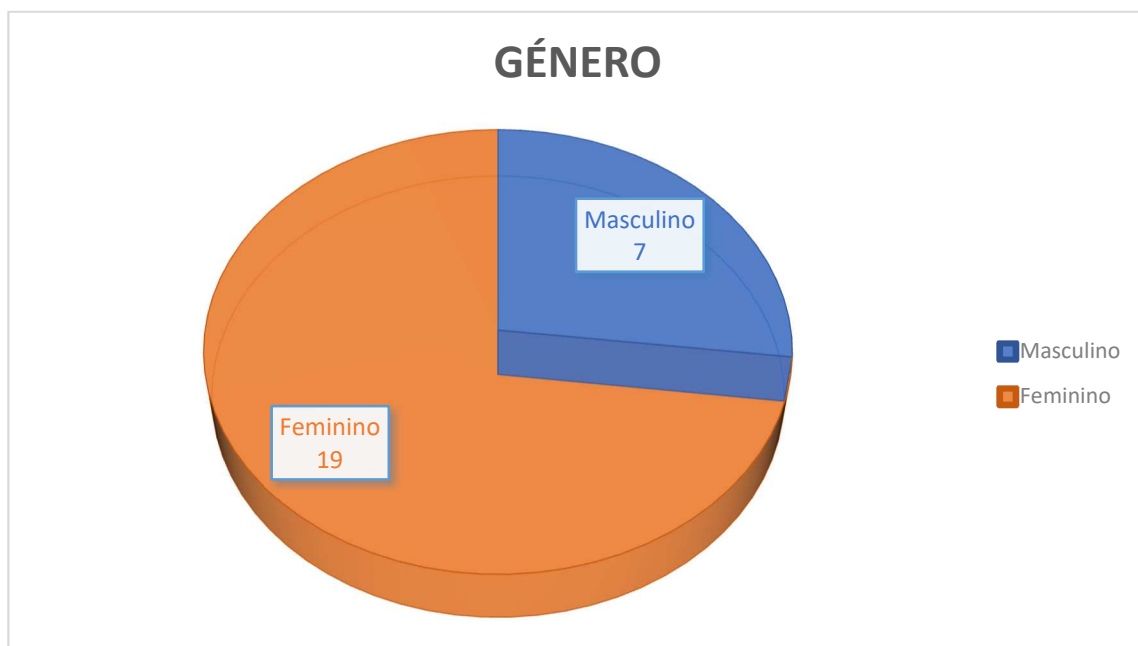
Wada, K., Morita, Y., Iwamoto, T., Mifune, Y., & Nojima, S. (2018). First- and second-line pharmacological treatment for delirium in general hospital setting - Retrospective analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, (32), 50–53.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.028>

Wacker, P., Nunes, P.V., & Forlenza, O.V. (2005). Delirium: uma perspectiva histórica. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 97-103.

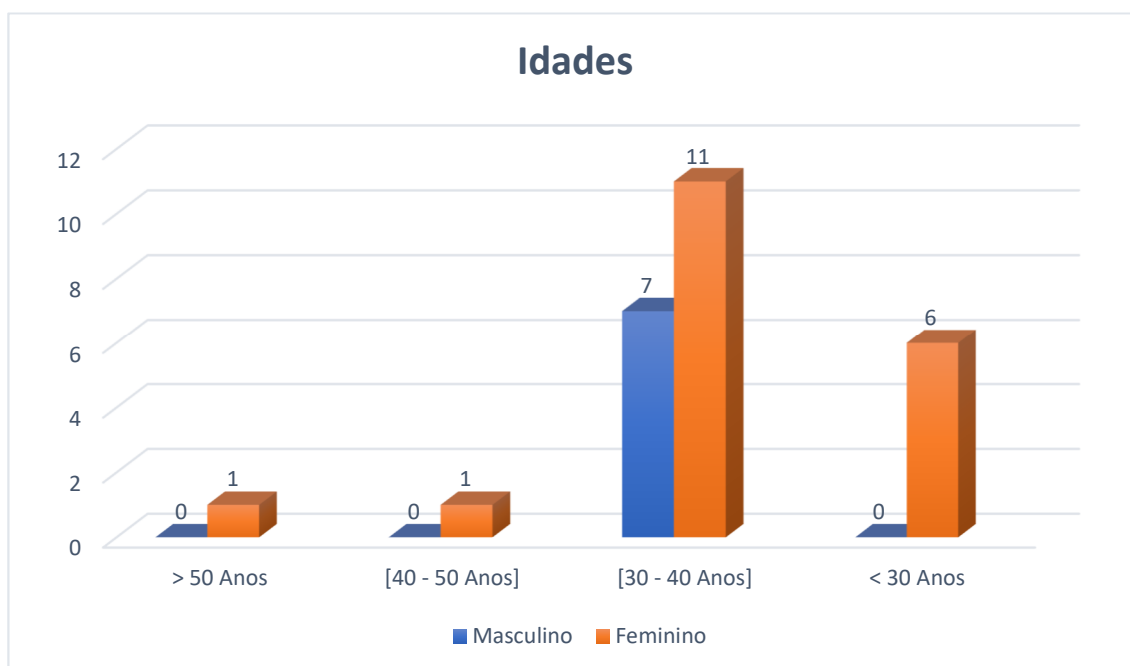
Wang, H. R., Woo, Y. S., & Bahk, W. (2013). Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (67), 323–331.
<https://doi.org/10.1111/pcn.12066>

APÊNDICES

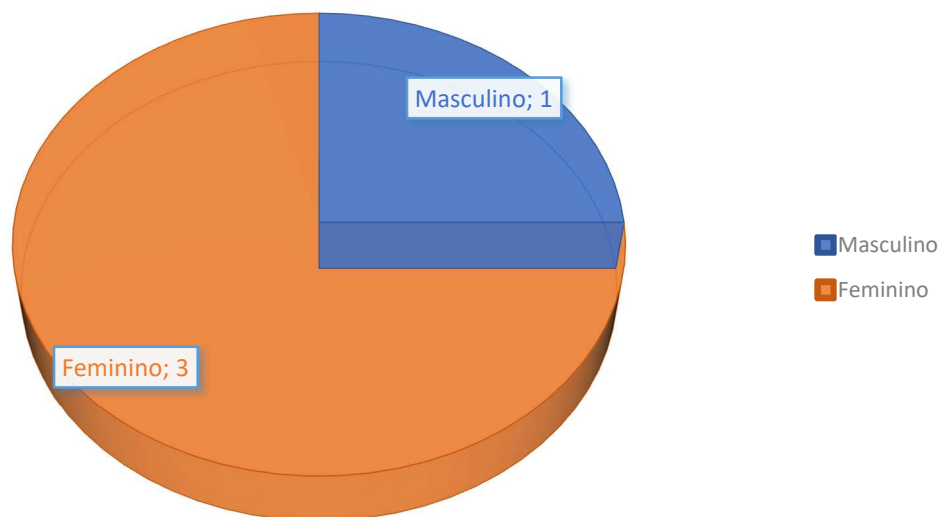
**APÊNDICE 1- CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM
DA UCISU2/UIDA**



Nota: Dos 19 elementos do sexo feminino, 5 encontram-se fora do serviço por baixa de gravidez de risco e licença de parto.

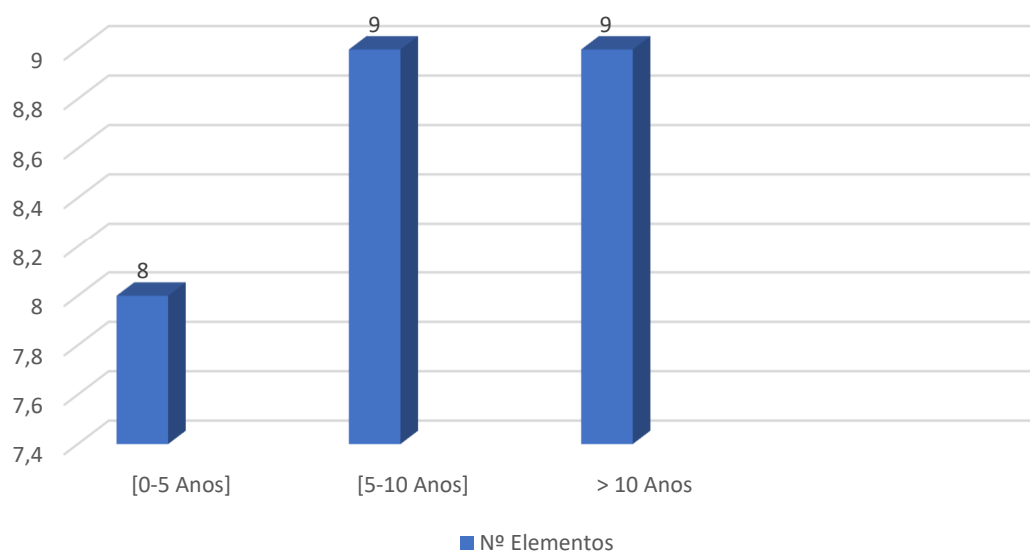


ENFERMEIROS COM ESPECIALIZAÇÃO



Nota: Do sexo feminino um elemento com Especialidade em Reabilitação, restantes elementos com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Tempo de Experiência



APÊNDICE 2- ANÁLISE *SWOT*

Pontos fortes	Pontos fracos
• Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos; • Apoio e consentimento da Enfermeira – Chefe da UCISU2/UIDA; • Ganhos em saúde associados à promoção de cuidados de qualidade ao doente crítico; • Incentivo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional.	• Recursos humanos limitados a nível da equipa de enfermagem; • Registos efetuados manualmente; • Resistência da equipa multidisciplinar à mudança; • Não adesão da equipa multidisciplinar; • Desmotivação da equipa multidisciplinar secundária à elevada carga de trabalho; • Desconhecimento, por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem de instrumentos de avaliação do delirium.
Oportunidades	Ameaças
• Instituição em programa de melhoria contínua; • Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada; • Incrementação de medidas (não farmacológicas) que visem contribuir para a identificação de fatores de risco no desenvolvimento do delirium; • Desenvolvimento de padrões de qualidade e boas práticas; • Implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA; • Criação de um protocolo hospitalar no controlo do delirium no doente crítico.	• Mudanças a nível da administração hospitalar, reestruturação organizacional; • Falta de elementos da equipa de enfermagem; • Poucos doentes internados na UCISU2/UIDA, durante o período da aplicação da escala, que possam ser integrados para estudo.

APÊNDICE 3- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
• Reunir com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e professora;						
• Identificação das necessidades formativas;						
• Pesquisa bibliográfica;						
• Observação dos registos de enfermagem;						
• Escolha do tema;						
• Planeamento da sessão de formação;						
• Divulgar a calendarização da sessão de formação à equipa de enfermagem;						
• Realizar a sessão de formação;						
• Avaliação da sessão de formação.						

APÊNDICE 4- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: Abordagem do delirium no doente crítico

Serviço: Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 / Unidade de Internamento de Doentes Agudos

Formadora: Enfermeira Luciana Mariano

N.º mecanográfico

82939

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCISU2/UIDA

Data: 21/06/2018

Local: Gabinete da Enfermeira Chefe

Duração prevista: 60 minutos

Hora: 16:00

Objetivos:

- Atualizar conhecimentos acerca do delirium no doente crítico na equipa de enfermagem;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium no doente crítico na UCISU2/UIDA;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no doente crítico;
- Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no doente crítico;
- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com delirium através da sua uniformização.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	• Apresentação ao grupo de formandos; • Metodologia de projeto;	Método Expositivo	10 min
DESENVOLVIMENTO	Contextualização da temática do delirium no doente crítico: • Conceito; • Classificação; • Tipos de delirium; • Fatores de risco; • Diagnóstico; • Medidas não farmacológicas; • Medidas farmacológicas; • Sedação.	Brainstorming Método expositivo	35 min
CONCLUSÃO	• Sumário dos pontos-chave da sessão; • Esclarecimento de dúvidas existentes; • Diálogo e recolha de sugestões.	Brainstorming Método expositivo Método interrogativo	10 min
AValiação	• Aplicação de questionário de avaliação da sessão de formação.	Questões de escolha múltipla e de resposta aberta para sugestões e comentários.	5 min

Meios audiovisuais: Projetor Multimédia e computador.

APÊNDICE 5- AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

O preenchimento deste questionário objetiva a avaliação da sessão formativa no que concerne aos conteúdos apresentados, à metodologia utilizada e ao desempenho da formadora. Tal tem como propósito compreender se os objetivos propostos foram atingidos, perspetivando a melhoria dos mesmos.

Tema: Abordagem do Delirium no doente crítico

Formadora: Enfermeira Luciana Mariano

Objetivo geral da sessão de formação: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Na escala utilize: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

Em relação à sessão formativa:	1	2	3	4
• Os objetivos da sessão foram claros;				
• O tema abordado foi adequado;				
• Correspondeu às suas expectativas;				
• Os meios audiovisuais utilizados foram adequados;				
• As instalações utilizadas foram adequadas;				
• O horário da sessão foi adequado;				
• A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada.				
Em relação à formadora:				
• Domínio dos conteúdos apresentados;				
• Clareza na transmissão dos conteúdos;				
• Criação de um clima favorável à participação dos formandos;				
• Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas;				
• Gestão do tempo;				
• Pontualidade.				

Faça um comentário/ sugestão de melhoria, relativamente à sessão de formação.

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE 6- SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ABORDAGEM DO DELIRIUM NO DOENTE CRÍTICO



Discente: Luciana Mariano

Tutora: Enfermeira Susana Mestre

Supervisora: Professora Maria Antónia
Costa

ETAPAS:

- Diagnóstico de situação;
- Planeamento;
- Definição de objetivos;
- Execução;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Conversas informais com a enfermeira orientadora;
- Reunião com a enfermeira chefe, enfermeira orientadora e professora;
- Observação dos registos de
- Análise SWOT.

Pontos fortes	Pontos fracos
• Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos; • Apoio e consentimento da Enfermeira – Chefe da UCISU2/UIDA; • Ganhos em saúde associados à promoção de cuidados de qualidade ao doente crítico; • Incentivo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional.	• Recursos humanos limitados a nível da equipa de enfermagem; • Registos efetuados manualmente; • Resistência da equipa multidisciplinar à mudança; • Não adesão da equipa multidisciplinar; • Desmotivação da equipa multidisciplinar secundária à elevada carga de trabalho; • Desconhecimento, por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem de instrumentos de avaliação do delirium.
Oportunidades	Ameaças
• Instituição em programa de melhoria contínua; • Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada; • Incrementação de medidas (não farmacológicas) que visem contribuir para a identificação de fatores de risco no desenvolvimento do delirium; • Desenvolvimento de padrões de qualidade e boas práticas; • Implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA; • Criação de um protocolo hospitalar no controlo do delirium no doente crítico.	• Mudanças a nível da administração hospitalar, reestruturação organizacional; • Falta de elementos da equipa de enfermagem; • Falta de disponibilidade dos elementos para realização de auditorias; • Poucos doentes internados na UCISU2/UIDA, durante o período da aplicação da escala, que possam ser integrados para estudo.

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Pesquisar acerca da temática escolhida em bases de dados;
- Adquirir conhecimentos acerca do delirium no doente crítico;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium no doente crítico na UCISU2/UIDA;
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização/implementação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU2/UIDA;
- Habilitar a equipa de enfermagem para a prevenção de fatores de risco que influenciam o delirium no doente crítico;

PLANEAMENTO

- Planeamento de uma sessão de formação com o tema: abordagem do delirium no doente crítico.

 PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
Tema: Abordagem do delirium no doente crítico			
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Urgência 2 / Unidade de Internamento de Doentes Agudos			
Formadora: Enfermeira Luciana Marisco	N.º registado:	92939	
Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCISU/UEIDA		Data: 21/08/2018	
Local: Gabinete da Enfermeira Chefe	Duração prevista: 60 minutos	Hora: 16:00	
Objetivos:			
• Atualizar conhecimentos acerca do delirium no doente crítico na equipa de enfermagem; • Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do delirium no doente crítico na UCISU/UEIDA; • Reunir a equipa de enfermagem para a utilização/implantação de um instrumento de avaliação do delirium na UCISU/UEIDA; • Estabelecer a equipa de enfermagem para a prevenção do risco que influencia o delirium no doente crítico; • Implementar estratégias não farmacológicas para a prevenção do delirium no doente crítico; • Prevenir e avaliar os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com delirium, através da sua reavaliação.			
	CONTÉUDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	• Apresentação ao grupo de formandos; • Metodologia da sessão;	Método Expositivo	10 min
DESENVOLVIMENTO	Caracterização da sintoma do delirium no doente crítico: • Conceito; • Classificação; • Tipos de delirium; • Fatores de risco; • Diagnóstico; • Medidas não farmacológicas; • Medidas farmacológicas; • Sintetizar.	Brainstorming Método expositivo	35 min
CORCLUSÃO	• Síntese dos pontos-chave da sessão; • Esclarecimento de dúvidas existentes; • Debate e recolha de sugestões.	Brainstorming Método expositivo	10 min
AVALIAÇÃO	• Aplicação de questionário de avaliação da sessão de formação.	Questionário de avaliação múltipla e de resposta aberta para sumário e comentários.	5 min
Mais informações: Diretora Académica e coordenadora			

Mais informações: Projeto Multidisciplinar e colaboração

PLANEAMENTO

- Planeamento de uma sessão de formação com o tema: abordagem do delirium no doente crítico.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	SEMANAS					
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Reunir com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e professora;						
Identificação das necessidades formativas;						
Pesquisa bibliográfica;						
Observação dos registos de enfermagem;						
Escolha do tema;						
Planeamento da sessão de formação;						
Divulgar a calendarização da sessão de formação à equipa de enfermagem;						
Realizar a sessão de formação;						
Avaliação da sessão de formação;						

EXECUÇÃO

ALGORITMO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. [Início Agudo e Curso Flutuante]

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim – 1

Não – 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim – 1

Não – 2

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) – 1

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) – 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) – 3

Tempor (difícil de despertar) – 4

Coma (não despertável) – 5

- Realização da sessão de formação;
- Implementação de um instrumento de avaliação delirium no doente

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- O delirium é mais prevalente do que se pensa e é difícil de diagnosticar nos doentes críticos.
- A incidência vai dos 30% aos 70% nos doentes críticos médico-cirúrgicos



(Urden, Stacey & Lough, 2013)

- Está associado a uma maior mortalidade, essencialmente em indivíduos internados, maior morbidade, maior tempo de internamento e consequentemente mais custos.

Farina, Smithburger & Kane-Gill (2015)

CONCEITO DE DELIRIUM



Deriva do latim “delirare”, que significa “estar fora do lugar”, “estar insano, confuso, fora de si”

- Perturbação da
- Cognição;
- Perceção;
- Curto período de tempo, geralmente de horas a dias;
- Flutuações ao longo do dia.

CONCEITO DE DELIRIUM



- Redução da percepção do ambiente;
- Redução da capacidade de focar;



- Diminuição da memória(recente);
- Desorientação geralmente no tempo e/ou no espaço;
- Perturbação da linguagem, como



- Alucinações visuais e auditivas.

CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM

INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS:

- Ocorre alguns minutos/horas após a toma de doses altas de certas drogas.

ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS:

- Manifesta-se após a redução ou cessação da utilização de altas doses de álcool ou de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas.

MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS:

- Mais comum, especialmente nos doentes críticos em que o delirium tem mais de uma etiologia.

TIPOS DE DELIRIUM

HIPERATIVO

- Apresenta atividade psicomotora aumentada, podendo manifestar alucinações, ideias delirantes e agitação. A segurança do próprio doente está em risco, e são evidentes respostas no doente como a taquicardia, dilatação pupilar e ruborização facial.

HIPOATIVO

- Atividade psicomotora está diminuída, com sintomas como a lentificação, letargia podendo chegar ao estado estuporoso, alucinações e gestos. Encontra-se mais acamado, o risco de infeção e aparecimento de úlceras de pressão é maior.

MISTO

- O tipo misto é caracterizado pela alternância do hiperativo com o hipoativo.

FATORES DE RISCO

- O delirium é reversível quanto mais atempadamente for detetado e tratado, assim pode desaparecer em poucas horas ou dias, ou pode persistir durante semanas ou meses podendo levar a estados de coma, estuporoso ou morte do doente.

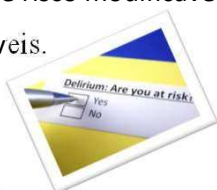
(DSM-5, 2014)

- Em termos de etiologia do delirium no doente crítico é vasta, depende essencialmente da interação entre as características do doente, da sua situação clínica e das características do meio envolvente.

(Prayce, Quaresma, & Neto, 2018)

FATORES DE RISCO

- Os doentes críticos têm um maior número de fatores de risco associados, o que deve ser tomado em atenção para
- Fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

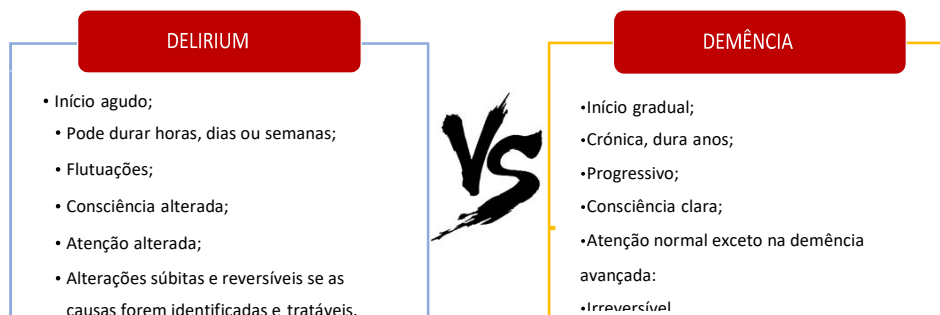


(Faria & Moreno, 2013)

Fatores de risco para ocorrência de delirium	
Metabólico	Medicação
Hiper- e Hiperonatremia	Opióides
Hipercalcémia	Benzodiazepinas
Desidratação	Corticosteroides
Hipo- e Hiperglicémia	Anticolinérgicos
Insuficiência renal	Doença cardiopulmonar
Insuficiência hepática	Enfarte agudo do miocárdio
Anemia	Insuficiência cardíaca congestiva
Hipoxia	Arritmias
Deficit de tiamina	Choque
Endocrinopatia	Insuficiência respiratória
Desequilíbrio ácido-base	Doença sistémica
Sistema nervoso central	Abstinência (ex. álcool, benzodiazepinas)
Neoplasia primária	Infecção
Metastização	Neoplasia
Doença leptomenígea	Trauma grave
Estado de mal não convulsivo	Privação sensorial
Convulsões e estado pós-ictal	Desregulação térmica
Trauma	Pos-operatório / pós-procedimento
Doença vascular	Imobilização

DIAGNÓSTICO

O termo, síndrome confusional agudo ou doente confuso é aplicado muitas das vezes pelos



CASO EXISTAM DÚVIDAS NO DIAGNÓSTICO, O TRATAMENTO INICIAL DEVE SER PARA DELIRIUM.

DIAGNÓSTICO

- A identificação do delirium deve ser realizada pelo uso de escalas, de instrumentos de avaliação que nos permitam efetuar um reconhecimento precoce permitindo a prestação de cuidados de suporte e tratamento de causas reversíveis.

(NICE, 2014)

- O delirium é frequentemente subdiagnosticado, é extremamente importante a sua monitorização visto ter implicações prognósticas importantes para o doente.
- A capacidade de avaliar o delirium, de forma objetiva, clara e precisa, é uma componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo.

DIAGNÓSTICO

A Confusion Assessment Method (CAM), é uma das escalas de avaliação do delirium que está validada para Portugal.

- Deve ser utilizada somente para fins de rastreio do delirium e é considerada um instrumento de avaliação, com uma boa sensibilidade e muito boa especificidade sendo simples de utilizar, ocupando cerca de dois minutos cada avaliação.
- O papel do enfermeiro é fundamental no rastreio e na sua referenciação.



ALGORITMO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. [Início Agudo e Curso Flutuante]

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim – 1

Não – 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim – 1

Não – 2

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) – 1

Vigil (disprezeta, hipersensível a estímulos ambientais, acantonando-se muito facilmente) – 2

Letárgico (consciente, facilmente despertável) – 3

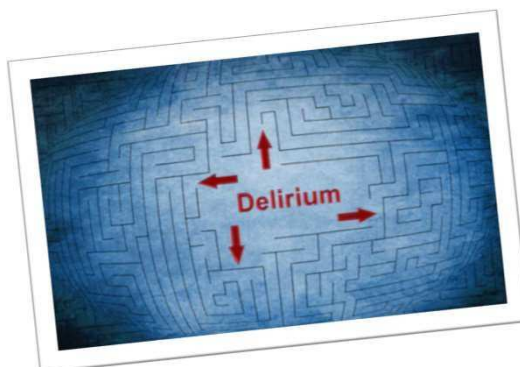
Estupor (difícil de despertar) – 4

Coma (não despertável) – 5

Sampaio & Sequeira (2013)

TRATAMENTO

- A prevenção dos fatores de risco bem como a adoção de medidas não farmacológicas, são considerados o tratamento de primeira linha na abordagem do delirium no doente crítico, embora em termos farmacológicos ainda se encontra pouco evidenciada/estudada a sua eficácia.



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Garantir um ambiente calmo, tranquilo;
- Diminuir a luminosidade e os estímulos sonoros no horário noturno;
- Promover a alternância correta entre os ciclos de sono e vigília;
- Utilizar um tom de voz calmo e sereno na comunicação com o doente
- Favorecer a utilização de próteses visuais e auditivas já existentes, melhorando a capacidade dos doentes perceberem o meio e interagirem com ele;
- Avaliar a dor do doente;



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- A utilização de dispositivos invasivos como os cateteres centrais ou linhas arteriais deve ser minimizada, ou o tempo de permanência deve ser o mais indispensável possível, visto que o uso dos mesmos aumenta o desenvolvimento do delirium no doente crítico existindo também maior risco de infeção.

(Pereira et al., 2016)

- A presença da família, ou seja, a promoção da visita de familiares, estimula a interação com o doente mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço.

(Martins, Simões & Fernandes, 2013)

- A contenção física/mecânica não está só associada ao desenvolvimento de delirium. bem como à sua persistência. administrada terapêutica farmacológica para controlo da agitação como primeira

(Prayce, Quaresma, & Neto, 2018)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Em relação ao tratamento farmacológico, este está indicado para reduzir a incidência, gravidade e duração do delirium e prevenir que o doente se coloque em risco.

(Prayce, Quaresma & Neto, 2018)

- Os principais objetivos da farmacoterapia para controlo do delirium são diminuir a sintomatologia associada bem como os riscos inerentes o mais rápido possível.
- A medicação deve melhorar a agitação e a confusão dando especial atenção aos efeitos secundários da mesma.

(Wada et al., 2017)

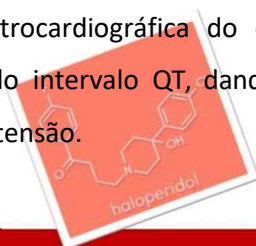


MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- O fármaco mais utilizado e de eleição no tratamento do delirium hiperativo é o haloperidol.

(Faria & Moreno 2013; Schrijver, Graaf, Vries, Maier, & Nanayakkara, 2016; Prayce, Quaresma & Neto, 2018)

- O haloperidol estabiliza a função cerebral, sendo que o doente fica mais sonolento/sedado. É necessário a monitorização eletrocardiográfica do doente, visto que os neurolépticos produzem um prolongamento do intervalo QT, dando-se um aumento da incidência de disritmias ventriculares e de hipotensão.



(Hipp & Eli, 2012; Urden, Stacy & Lough, 2013; Wada et al., 2017)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Alguns estudos realizados indicam que o efeito dos antipsicóticos atípicos no delirium é similar ao do haloperidol.

(Faria & Moreno, 2013)

- A quetiapina, a olanzapina, a risperidona e a trazodona são fármacos alternativos ao haloperidol para o tratamento do delirium no doente crítico pela sua eficácia, segurança e menos efeitos secundários.

(Hawkins, Bucklin & Muzyk (2013); Wang, Woo & Bahk (2013); Wada et al. (2017) & Jain, Arun, Sidana & Sachdev (2018))

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- As medidas farmacológicas não dependem apenas da ação da equipa de enfermagem, contudo podem ser geridas pelos mesmos, na medida em que a administração de fármacos quando prescritos ou caso seja necessário podem influenciar o maior ou menor risco de desenvolvimento de delirium no doente crítico.

Principais fármacos:	Dosagem
Haloperidol	0,25 a 1 mg; 2,5 – 5 mg q4h (oral, IM, EV, SC)
Olanzapina	2,5 mg; máx 10 mg (oral)
Quetiapina	12,5 – 25 mg (oral)
Risperidona	0,25 a 0,5 mg 2 id (oral)
Lorazepam	0,5 a 1 mg (oral)
Se necessário sedação:	
Midazolam	5 – 10 mg, q1h p.r.n.; perf 30 – 120 mg/24h (SC, EV)
Haloperidol	5 – 10 mg, q1h p.r.n.; iniciar 10 mg e perf 10 – 20 mg/24h (SC, EV)
Levomepromazina	12,5 – 25 mg (oral, SC), q1h p.r.n.; perf 50 – 300 mg (EV, SC)
Cloropromazina	10 – 50 mg; máx 200 (oral, IM, EV, SC)
Fenobarbital	Iniciar 100 – 200 mg e q1h p.r.n.; 600 – 1200 mg/24h até 2400 mg/24h (EV, SC)

(Pereira et al., 2016)

SEDAÇÃO

- A sedação do doente crítico só deve ser iniciada depois de providenciada a analgesia adequada e o tratamento das causas fisiológicas reversíveis da agitação.
- A sedação pode ser intermitente ou contínua quando a administração em bólus é ineficaz.
- A clorpromazina, a levomepromazina ou o fenobarbital são alternativas ao haloperidol, ou seja, considerados fármacos de segunda linha no controlo do delirium do doente crítico.
- Em contexto de cuidados intensivos, a dexmedetomidina, está indicada para a prevenção e tratamento do delirium.

(Urden, Stacy & Lough, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O reconhecimento e a prevenção do delirium são essenciais, tornando-se imperioso o uso de instrumentos de avaliação para um maior reconhecimento precoce nos doentes críticos e sendo fundamental a formação dos profissionais de saúde neste sentido.



BIBLIOGRAFIA

- Hipp, D. M., & Ely, E. W. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients, 158–175. <https://doi.org/10.1007/s13311-011-0102-9>
- Jain, R., Arun, P., Sidana, A., & Sachdev, A. (2018). Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
- Pereira, J. M., Miguel, R., Sequeira, C., Marques, M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses, 29–36.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th Vital Sign?, 31(1), 51–58.
- Schrijver, E. J. M., Graaf, K. De, Vries, O. J. De, Maier, A. B., & Nanayakkara, P. W. B. (2016). European Journal of Internal Medicine Efficacy and safety of haloperidol for in-hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. European Journal of Internal Medicine, 27, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.10.012>
- Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2013). Theleen's ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS - Diagnóstico e Intervenção. 6ª ed. Camarate: Lusodidacta
- Wada, K., Morita, Y., Iwamoto, T., Mifune, Y., & Nojima, S. (2018). First- and second-line pharmacological treatment for delirium in general hospital setting — Retrospective

ANEXOS

ANEXO 1- MODELO DO PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve		PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	
Tema:			
Formador(es):		N.º mecanográfico	
		N.º mecanográfico	
		N.º mecanográfico	
Destinatários:			
Local:			
Data:	Hora:	Duração prevista:	
Objetivos:			
Conteúdos			
Metodologia e Recursos			
Metodologia:			
Meios audiovisuais:			
Avaliação da Sessão:			

ANEXO 2- FOLHA DE PRESENÇAS

**REGISTO DA FORMAÇÃO CONTÍNUA/SERVIÇO**

Serviço _____ **C.Custos** _____ **Data** ____/____/____

_____ N° Mec. _____
 _____ N° Mec. _____
 _____ N° Mec. _____

Local

Duração _____ **Minutos/Horas**

Serviço

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery. There is no handwriting or other markings on the page.

Justificação de Faltas: _____

Validação pelo Responsável da Formação _____

Emissão de Certificado

Assinatura _____ **Data** ____/____/____

MOD GF 24

ANEXO 3- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. [Início Agudo e Curso Flutuante]

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim – 1

Não – 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim – 1

Não – 2

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversa desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista – 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira – 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada – 3

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) – 1

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) – 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) – 3

Estupor (difícil de despertar) – 4

Coma (não despertável) – 5

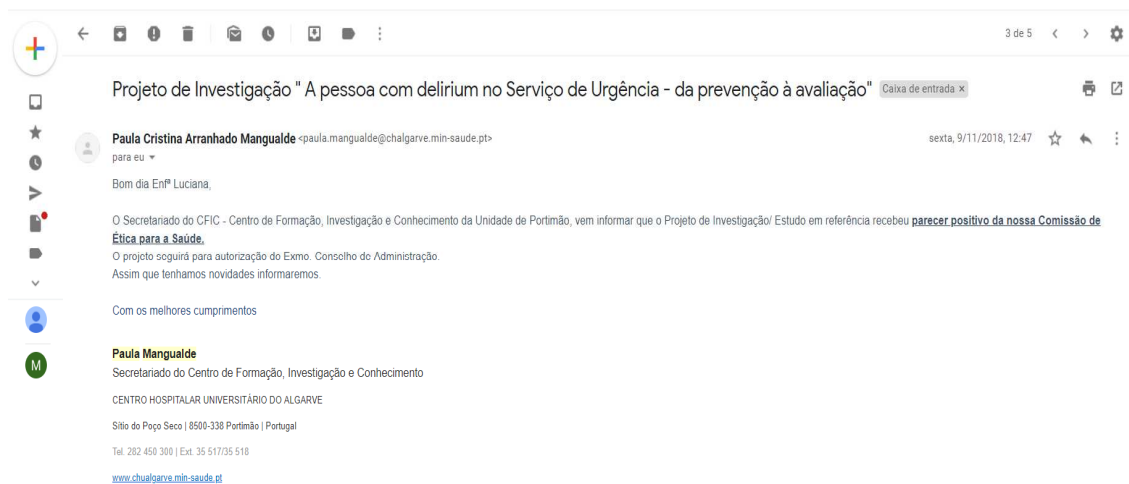
O diagnóstico de *delirium* requer a avaliação “presente/anormal” para os critérios: (1A ou 1B) e (2), e (3 ou 4)

Sampaio & Sequeira (2013)

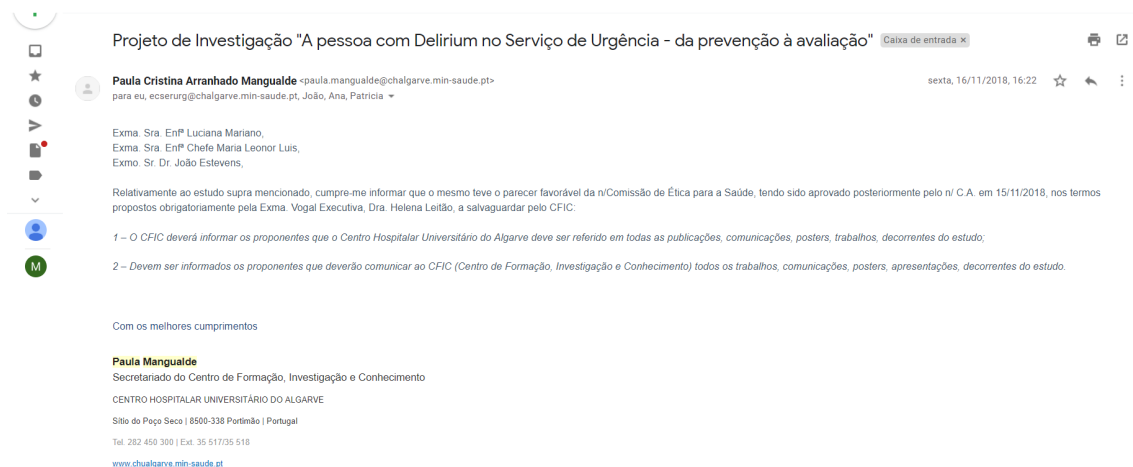
ANEXOS

Anexo 1 - Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do CHUA e Conselho de Administração do CHUA

- **Parecer Comissão de Ética para a Saúde do CHUA**



- **Parecer do Conselho de Administração do CHUA**



Anexo 2 - Certificado de formação “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Participou como **formando/a** nas seguintes ações de formação que decorreram na
Unidade Hospitalar de Portimão:

No dia 09 de novembro de 2018, com duração total de 07 horas

" Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem "

Apresentação da formação
Apresentação do Programa PQCE
PQCE- enquadramento conceptual
PQCE- enunciados descritivos
Processos reflexivos de apropriação dos PQCE

Portimão, 19-12-2018

Nuno Bernardino Vieira



Coordenador do CFIC



Anexo 3 - Certificado de presença no III Congresso da Secção Regional do Sul



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Luciana Isabel Silva Duarte Naveira

membro desta Ordem, esteve presente no III Congresso da
Secção Regional do Sul nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018,
no Teatro das Figuras em Faro.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,9 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo 4 - Certificado de formação “Vias Verdes: Coronário, AVC, Trauma e Sepsis”

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Participou como **formando/a** nas seguintes ações de formação que decorreram na Unidade Hospitalar de Portimão:

No dia 19 de novembro de 2018, com duração total de 3 horas e 30 minutos

"Vias Verdes - Coronário"

Procedimento de Urgência da Unidade de Portimão na Via Verde Coronária; Sinais e Sintomas que possam indicar EAM; Critérios clínicos de Via Verde Coronária; Assistência à pessoa vítima de EAM na sala de reanimação; Preparação do doente para transferência inter-Hospitalar.

No dia 19 de novembro de 2018, com duração total de 3 horas e 30 minutos

"Vias Verdes - AVC "

Critérios de inclusão no Procedimento de Via Verde AVC; Objetivos dos exames imagiológicos (TAC, Angiotac); Sinais Precoces do AVC Isquémico; Conduta Terapêutica-Opções; Circuito de actuação no SU-Unidade de Portimão e na transferência inter-Hospitalar

No dia 20 de novembro de 2018, com duração total de 3 horas e 30 minutos

"Vias Verdes - Trauma"

"Normas de Boa Prática em Trauma";- Critérios de activação VVI; - Existência de equipa de trauma organizada;- Avaliação primária <20min;- Avaliação Secundária em <1h;- Registos; Transporte Inter-Hospitalar do doente crítico.

No dia 20 de novembro de 2018, com duração total de 3 horas e 30 minutos

"Vias Verdes - Sépsis"

Identificação Precoce de caso suspeito VVS; -Recomendações da DGS na abordagem ao doente suspeito de caso de VVS;- Critérios de caso suspeito VVS;- Algoritmo Básico de Avaliação e Terapêutica;- Algoritmo Avançado de Avaliação e Terapêutica

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoal Coletivo nº 510 745 917
Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Portimão, 20-12-2018

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC



Sede
Rua Leão Peneds, 8000-356, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria nº 474/2010

CHUALG_CFC_04_CIRT_2017

2/2

Anexo 5 - Certificado de formação “Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra Incêndio”

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Luciana Isabel Silva Duarte Mariano

Participou como **formando/a** nas seguintes ações de formação que decorreram na
Unidade Hospitalar de Portimão:

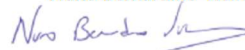
No dia 13 de novembro de 2018, com duração de 45 minutos

**"Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra
incêndio"**

- Organização dos meios Humanos em caso de emergência:
funções e responsabilidades
- Plano de evacuação
- Procedimentos em caso de emergência

Portimão, 26-03-2019

Nuno Bernardino Vieira



Coordenador do CFIC



Anexo 6 - Declaração de presença na formação “Triage de Prioridades na Urgência”

Declaração de Presença

Declara-se que:

Luciana Mariano

Esteve presente na qualidade de **observadora** na seguinte Ação de Formação que decorreu na Unidade Hospitalar de Portimão:

- **“Triagem de Prioridades na Urgência”**, no dia 05 de novembro de 2018 com a duração de 7 horas.

Portimão, 06 de novembro de 2018.

Enfª Supervisora Amélia Gracias



Subcoordenadora do CFIC, UHP



Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@ch.algarve.minsau.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFIC_01_CERT_2017

Anexo 7 - Comprovativo da realização de estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação
e ambulância de Suporte Imediato de Vida

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Luciana Isabel Silva Duarte Mariano**, nº
identificação residente

realizou Estágio de Observação no INEM, na Viatura Médica de
Emergência e Reanimação – VMER de Barlavento: 2 turnos de 08 horas cada, no total de
16 horas, 23 de novembro de 2018 e 29 de novembro de 2018, na Ambulância de Suporte
Imediato de Vida – SIV Lagos: 2 turnos de 08 horas cada, no totalizando 16 horas, no dia
04 de dezembro de 2018 e 03 de janeiro de 2019.

Delegação Regional do Sul
Lisboa, 29 de janeiro de 2019



Teresa Brandão, Dr^a.
(Responsável pela Delegação Regional do Sul)

Anexo 8 - Certificado de frequência do Curso de Suporte Básico de Vida

Luciana Duarte

received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
Course Director

.....



Date last course: 10/05/2018

This certificate is valid from 10/05/2018 to 10/05/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-711-399262

Anexo 9 - Comprovativo de frequência do Curso de Suporte Avançado de Vida

Luciana Duarte

received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
in Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 14/07/2018

This certificate is valid from 14/07/2018 to 14/07/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-642-178328

Anexo 10 - Comprovativo da realização do Estágio no Serviço de Proteção Civil de Portimão

DECLARAÇÃO

Richard Nunes Marques, Comandante Operacional Municipal em acumulação com as funções de Coordenador do Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão, declara para os devidos efeitos que a Enfermeira **Luciana Isabel Silva Duarte Mariano**, com o nº de Identificação realizou estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão, sob a orientação do Enfermeiro Luis Mestre, nas seguintes datas:

- Dias 14, 27 e 30 de novembro de 2018;
- Dia 10 de dezembro de 2018;
- Dia 10 de janeiro de 2019.

Participando nas seguintes atividades:

- Reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil de Portimão;
- Reuniões de planeamento com os agrupamentos de escolas para a realização de ações de sensibilização no âmbito do Programa Municipal de Sensibilização "A Escola e os Riscos... Preparar para Proteger";
- Participação em ações de Mass-Training de Suporte Básico de Vida para alunos de 9º e 12º ano;
- Elaboração de check-list e de poster sobre "Chamadas 112" para os funcionários das escolas do concelho;
- Desenvolvimento de um trabalho escrito sobre "Kit de emergência para catástrofe ou outras situações multi-vítimas.;

Portimão, 14 de março de 2019

O Comandante Operacional Municipal
em acumulação com as funções de
Coordenador do Serviço Municipal de Proteção Civil,

Richard Nunes Marques

Anexo 11 - Certificado de frequência do Curso International Trauma Life Support



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Luciana Mariano, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
9/23/2018

course site
IPS, Setubal,

course director
Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

274290-33822

Luciana Mariano, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 9/23/2018 Expiration Date 09/2021

Course Number 33822 Course Location IPS, Setubal