



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos

Andreia Filipa Conceição Magno

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Professora Doutora Maria Margarida da Palma Goes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos

Andreia Filipa Conceição Magno

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Professora Doutora Maria Margarida da Palma Goes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

A ti, PAI, que és a maior estrela do Céu

AGRADECIMENTOS

A todos, em geral, que se mostraram presentes ao longo deste percurso académico, agradeço o vosso auxílio e compreensão. No entanto, gostaria de agradecer, em particular:

Às Professoras Doutoras Maria do Céu Marques e Maria Margarida Goes por toda a disponibilidade, orientação, suporte e partilha dos seus vastos conhecimentos;

Às Enfermeiras Supervisoras A.O. e B.G. pelas partilhas teórico-práticas, pela motivação e pela ajuda incondicional;

A todos os docentes que contribuíram para a conceção do plano de estudos do curso e para a aquisição de novos conhecimentos, fundamentais para a excelência no exercício da profissão;

Aos colegas de profissão pelo acolhimento nos seus serviços de origem, nos quais senti um caloroso aconchego;

Aos colegas de serviço pela sua compreensão e disponibilidade incondicionais;

À minha família, pelo reconhecimento e aceitação das minhas ausências;

E em especial, ao meu marido, pelo seu amor absoluto e por se mostrar sempre, mas principalmente no decorrer destes dois anos, o meu maior apoio.

RESUMO

A confusão aguda/*delirium* surge na pessoa vulnerável que vivencia um processo de doença aguda, pela exposição a condições ambientais e iatrogénicas que lhe são desconhecidas. As evidências manifestam, perante a temática, aumentos da taxa de mortalidade, do tempo de internamento e de alterações na cognição do doente. Importa, portanto, que os profissionais de saúde que maior contactam com o doente crítico, permaneçam conscientes da problemática e utilizem o instrumento de avaliação CAM-ICU, que se demonstra vantajoso na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium*.

Assim, desenvolveu-se um projeto de intervenção numa Unidade de Cuidados Intensivos, baseado na metodologia de projeto, onde se fundamenta a elaboração do presente relatório. Este último, apresenta como principal objetivo demonstrar a aquisição de competências especializadas e de mestre na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica - A pessoa em Situação Crítica no decorrer do percurso letivo, com referência major ao Estágio Final desenvolvido nessa Unidade de Cuidados Intensivos.

Palavras-chave: Confusão Aguda, *Delirium*, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

Acute confusion/delirium arises in the vulnerable person who experiences an acute disease process, due to exposure to environmental and iatrogenic conditions that are unknown to him. The evidence shows, in view of the theme, increases in the mortality rate, in the length of hospitalization and in changes in the patient's cognition. It is important, therefore, that health professionals who have the greatest contact with critically ill patients remain aware of the problem and use the CAM-ICU assessment instrument, which has been shown to be advantageous in the prevention and control of acute confusion/delirium.

Thus, an intervention project was developed in an Intensive Care Unit, based on the project methodology, on which the preparation of this report is based. The latter's main objective is to demonstrate the acquisition of specialized skills and a master's degree in the area of Medical-Surgical Nursing - The Person in Critical Situation during the academic path, with major reference to the Final Stage developed in this Intensive Care Unit.

Keywords: *Acute Confusion, Delirium, Critical Care, CAM-ICU, and Medical-Surgical Nursing*

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bispectral

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

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

CIPE – Internacional para a Prática de Enfermagem

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. – Enfermeiro(a)/Enfermeiros(as)

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos

GCS – Escala de Coma de *Glasgow*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

JBI – Joanna Briggs Institute

Min. – minutos

MS – Membro Superior

N – Não

NA – Não Aplicável

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada em Evidências

Prof. – Professora(o)/Professores(as)

PSC – A Pessoa em Situação Crítica

Q – Questão

RASS – Escala de Agitação-Sedação de *Richmond*

S – Sim

SAGRIS – Sistema de Apoio à Gestão do Risco

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência de Médico-Cirúrgica

s.d. – sem data

s.p. – sem página

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

≈ – aproximadamente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	20
1.1– UNIDADE DE SAÚDE.....	20
1.1.1 – Serviço de Urgência da Unidade de Saúde	21
1.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade de Saúde	23
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL.....	26
2.1 – DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	26
2.2 – CONFUSÃO AGUDA/ <i>DELIRIUM</i> NO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	27
3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DESENVOLVIDO NO CONTEXTO DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	33
3.1 – METODOLOGIA DO PROJETO SEGUNDO A TEORIA DE <i>JUNE LARRABEE</i> : MODELO DE MUDANÇA PARA A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	33
3.1.1 – Diagnóstico da Situação	34
3.1.2 – Definição de Objetivos	39
3.1.3 – Planeamento	40
3.1.4 – Execução	42
3.1.5 – Avaliação e Divulgação dos Resultados.....	45
4 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	50
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
4.1.1 – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	50
4.1.2 – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	52
4.1.3 – C. Domínio da gestão dos cuidados	54
4.1.4 – D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	55
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	56
4.2.1 – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	56

4.2.2 – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	58
4.2.3 – 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	58
CONCLUSÃO	61
BIBLIOGRAFIA	63
APÊNDICES	69
Apêndice I – Método de Avaliação da Confusão Mental na UCI	70
Apêndice II – Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	72
Apêndice III – Proposta de Trabalho de Projeto	75
Apêndice IV – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSXXXX, E.P.E para realização do projeto de intervenção e posterior aprovação	82
Apêndice V – Resumo nos idiomas Português, Inglês e Espanhol da Revisão de Escopo “Confusão Aguda/Delirium no doente Crítico no Contexto de Cuidados Intensivos: Utilização da Escala CAM-ICU como método preventivo”	87
Apêndice VI – Síntese de Resultados da Revisão de Escopo “Confusão Aguda/Delirium no doente Crítico no Contexto de Cuidados Intensivos: Utilização da Escala CAM-ICU como método preventivo”	90
Apêndice VII – Intervenções de Enfermagem para Prevenção e/ou Controlo da Confusão Aguda/Delirium no doente crítico no sistema informático BSimple	100
Apêndice VIII – Plano da Sessão de Formação em Serviço	102
Apêndice IX – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço	106
Apêndice X – Check List de Observação para Avaliação de Produtos	121
Apêndice XI – Fluxograma Prisma	124
Apêndice XII – Questionário de Avaliação de processos	126
Apêndice XIII – Registo das Avaliações CAM-ICU observadas	130
Apêndice XIV – Infográfico do Projeto de Intervenção “Critérios de gravidade para ativação da Sala de Emergência do Serviço de Urgência”	135
Apêndice XV – Formação PPCIRA	137
Apêndice XVI – Projeto de Estágio SU	141

Apêndice XVII – Projeto de Estágio UCI	161
ANEXOS	182
Anexo I – Escala de RASS	183
Anexo II – Escala de GCS	185
Anexo III – Teste de Atenção Visual	187
Anexo IV – Certificados SAV e ITLS	189

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização da Equipa de Enfermagem do SUMC.....	22
Figura 2 - Caracterização da Equipa de Enfermagem da UCI	24
Figura 3 - Análise <i>SWOT</i>	37
Figura 4 - Críticas, sugestões e comentários dos Enfermeiros da UCI no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/ <i>Delirium</i> no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 1 "Sabe o que é Confusão Aguda/Delirium?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	35
Gráfico 2 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 2 "Tem Formação sobre Confusão Aguda/Delirium?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	35
Gráfico 3 - Respostas dos Enfermeiros da UCI À Questão 3 "Tem conhecimento de que a Escala CAM-ICU está parametrizada no sistema informático <i>BSimple</i> ?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	36
Gráfico 4 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 4 "Conhece a Escala CAM-ICU?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos. 36	
Gráfico 5 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 1 "Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	45
Gráfico 6 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 2 "Os conteúdos apresentados são úteis para a prestação de cuidados de qualidade." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	46
Gráfico 7 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 3 "A formação correspondeu às suas expetativas." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	46
Gráfico 8 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 4 "O preletor apresentou domínio da temática e clareza na exposição do tema." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	47
Gráfico 9 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 5 "O preletor cumpriu com a duração do tempo prevista." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	47
Gráfico 10 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação "Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tratamento de dados das avaliações CAM-ICU observadas com o preenchimento de checklist.....	49
---	----

INTRODUÇÃO

O relatório final que se apresenta é efeito da realização de estágios de natureza profissional, e foi desenvolvido no contexto do sétimo curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, que ocorreu em associação entre as Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde anteriormente mencionadas.

Os Estágios de natureza profissional diferenciaram-se pelo Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Estágio I) e pelo Estágio Final (Estágio II). O primeiro foi realizado no Serviço de Urgência [SU] de uma Unidade de Saúde, com um total de 144 horas e o segundo, foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] da mesma Unidade de Saúde, com um total de 336 horas. Ambos foram desenvolvidos com a finalidade de transferir os conhecimentos teóricos adquiridos nas Unidades Curriculares do plano de estudos do curso para a *praxis* clínica, de modo a potenciar a aprendizagem de competências de Especialista e de Mestre. Ao último, aditou-se a implementação de um projeto de intervenção, local ao qual, por opção individual, se destinou a carga horária aumentada, para potenciar a aprendizagem em cuidados intensivos à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e o desenvolvimento do desenho e implementação da metodologia do projeto. Os momentos de estágio ocorreram entre maio de 2023 e janeiro de 2024, com as devidas interrupções letivas. Os Estágios foram orientados pela supervisão clínica de Enfermeiras Especialistas na área de especialização e pela supervisão pedagógica da Professora Doutora Maria do Céu Marques “visando um ensino personalizado, que incentive a reflexão, resolução de problemas e pesquisa” (Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], 2023, p.1).

Foram desenvolvidos para cada estágio, projetos de estágio, em concordância com as enfermeiras supervisoras e a supervisora pedagógica, que permitiram nortear a prática, as intervenções e os cuidados a prestar no decorrer do Estágio, de modo a potenciar a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como de competências específicas do Enfermeiro Especialista na área, visando uma prática de cuidados seguros e de qualidade (Ver Apêndices XVI e XVII).

O presente relatório visa demonstrar a análise e a reflexão críticas e fundamentadas sobre as práticas e as vivências dos contextos de estágio, relacionando-as com a teorização e a evidência científica em Enfermagem. O mesmo pretende também descrever o desenvolvimento de cada etapa, segundo a metodologia de projeto, na concretização do projeto de intervenção; e *à posteriori*, ser submetido a provas públicas (IPP, 2023, p.1).

Para a realização do projeto, definiu-se como tema a “Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos”, uma vez que se evidenciou uma necessidade de intervenção na equipa de Enfermagem da UCI, reconhecida pelos próprios elementos, no sentido da aplicação de um instrumento de avaliação e, tendo em consideração o score obtido, a implementação de intervenções de Enfermagem preventivas ou de controlo para a síndrome.

A Confusão Aguda/*Delirium* surge como um conjunto de sinais e sintomas (síndrome) manifestantes por alterações neuropsiquiátricas como alterações do estado de consciência ou comportamentais, de início súbito ou flutuante. Segundo a evidência disponível perante o tema, compreende que a sua frequência é muito prevalente, principalmente em doentes que apresentem mais do que uma causa associada para o diagnóstico. Por isso, o ambiente em cuidados intensivos é muito propício ao seu desenvolvimento, pelas condições médicas complexas do doente crítico, pelas síndromes de privação a que o doente está sujeito e, até pela terapêutica sedativa e opióide, muitas vezes necessária implementar para a estabilização global do doente. Foi recentemente argumentado como o 7º Sinal Vital, por aumentar as taxas de mortalidade; o tempo de internamento e, conseqüentemente, os custos associados para o Serviço Nacional de Saúde [SNS]; bem como potenciar as alterações no estado de cognição após a instalação da síndrome, em caso de sobrevivência do doente (Prayce *et al.*, 2018). Para o seu controlo e prevenção é fundamental a educação e formação dos profissionais, de modo a potenciar a identificação precoce da confusão aguda/*delirium* para, *à posteriori*, se definirem estratégias de intervenção adequadas, que se esclarecem fundamentalmente não farmacológicas e com foco ambiental, comportamental e social (Prayce *et al.*, 2018).

Para a elaboração do presente relatório, consideraram-se todas as atividades desenvolvidas ao longo do percurso letivo, e como forma de planear a elaboração do mesmo foram definidos objetivos.

Objetivo Geral:

- Demonstrar a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos Específicos:

- Descrever a metodologia do projeto de intervenção, do seu planeamento à sua execução e avaliação, desenvolvido na UCI de uma Unidade de Saúde, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados, bem como a qualidade de vida e a segurança do doente crítico;

- Efetuar uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas durante a *praxis* clínica na realização dos Estágios.

Quanto à estrutura que esta redação irá adquirir, será iniciada pela corrente introdução, na qual foi

contextualizado não apenas o tema, como também a sua pertinência. Foram definidos objetivos que permitirão conduzir o relatório e foi, também, descrita a sua organização. Seguidamente, inicia-se o Capítulo 1, no qual se caracterizam os contextos de estágio, com foco na produção de cuidados de Enfermagem, na tipologia de doentes que cada local se destina e nas dotações seguras. No Capítulo 2 realiza-se uma contextualização conceptual e teórica dos conceitos chave não apenas do projeto de intervenção, mas também deste relatório. Realiza-se também uma menção aos modelos teóricos de Enfermagem que suportam a implementação do projeto e a visão do Enfermeiro face ao tema. No que diz respeito ao Capítulo 3, descreve-se a metodologia do projeto nas suas diferentes etapas: diagnóstico da situação, planeamento, execução e avaliação. No Capítulo 4 realiza-se uma análise crítica e reflexiva, relativamente à prática clínica e às atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios e do plano de estudos do curso, de modo a refletir a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica. Seguidamente, encontra-se a conclusão, onde se faz referência às ideias principais do projeto e são apresentadas as limitações deste, assim como as sugestões de realização de outros projetos no futuro. Serão também analisados os objetivos propostos nesta introdução. Seguidamente, apresenta-se a Bibliografia, onde se ostentam as referências utilizadas para suportar as afirmações feitas ao longo do relatório, com base em evidências o mais recentes possível, considerando o ano de 2023 o início da realização do projeto de intervenção, e, por conseguinte, deste relatório.

O relatório foi redigido segundo as normas da Escola Superior de Saúde de Portalegre e apoiado no Novo Acordo Ortográfico Português, para efeitos bibliográficos foi protegido pelas normas da *American Psychological Association* [APA] – 7ª Edição.

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

No presente capítulo são refletidos os contextos de realização dos estágios no âmbito do plano de estudos, onde, considerámos dar destaque às características da população abrangida pela unidade de saúde, à tipologia de doentes a que se designam os serviços mencionados, à sua produção de cuidados e às características dos recursos humanos, com vista à menção das dotações seguras.

1.1– UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade de Saúde em análise compreende um Hospital distrital, onde se incluem as unidades de cuidados onde os estágios foram desenvolvidos, nomeadamente o SU e a UCI. Destina-se a assistir uma população de aproximadamente 104.000 habitantes (PORDATA, 2024), distribuídos por vários concelhos. A sua principal missão é fornecer cuidados de saúde integrados e personalizados, assegurando à comunidade uma resposta eficaz e de qualidade, baseada em evidências e rigor técnico-científico, com respeito pela dignidade humana. Isso promove a confiança dos colaboradores e utentes, procurando soluções que reduzam a multimorbilidade e otimizem os ganhos em saúde (ULSXXXX, E.P.E., 2024). Os principais objetivos da Unidade de Saúde são:

“Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população; Promover a vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença e o tratamento e a reabilitação do utente, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade; Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; Promover o acesso e a adequação da oferta de serviços; Assegurar a eficiência técnica e económica; Garantir a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; Valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais e Assegurar a plena integração dos níveis de cuidados de saúde em todas as dimensões” (ULSXXXX, E.P.E., 2024, s.p.).

De acordo com os Censos de 2021, a população deste distrito demonstra maior procura pelo serviço de urgência, com um aumento significativo no número de registos de urgência no Hospital distrital, passando de aproximadamente 35.730 em 1999 para cerca de 83.621 registos (números provisórios) em 2022 (PORDATA, 2024). Adicionalmente, os Censos 2021 revelam um aumento do índice de envelhecimento e do índice de dependência de idosos em todos os concelhos/regiões, aproximadamente 15% ao longo de duas décadas, o que evidencia o aumento da necessidade de

cuidados de saúde e da sua qualidade.

1.1.1 – Serviço de Urgência da Unidade de Saúde

O SU selecionado para a realização do estágio, conforme delineado no Plano de Reorganização da Rede dos Serviços de Urgência do SNS, é categorizado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC]. Este é um serviço que opera no segundo nível de admissão de situações de urgência, oferecendo especialidades médicas essenciais, tais como Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório [BO], Imagiologia e Patologia Clínica, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2014. O SUMC é composto por uma sala de emergência, que foi o foco da nossa atenção durante a realização do estágio. Está equipada com material clínico e para ela são distribuídos, por turno, profissionais de Enfermagem com formação e especialização diferenciada em Suporte Avançado de Vida [SAV], preparados para intervir em caso de falência de um ou mais órgãos vitais do doente que cuidam. Esta sala está apta a receber doentes, independentemente da complexidade de sua condição aguda. Quando necessário, os doentes são encaminhados para observação por outras especialidades médicas, de acordo com as redes hospitalares de especialidades e referência estabelecidas (Ministério da Saúde, 2014). Geralmente, esses doentes são transferidos para serviços de urgência polivalente que oferecem cuidados urgentes em especialidades mais específicas. Adicionalmente, o SUMC é apoiado por uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER], que dá resposta às necessidades da população em situações pré-hospitalares e fornece suporte adicional para a prestação de cuidados nas instalações do SU (Ministério da Saúde, 2014).

O SUMC adotou o sistema de triagem de Manchester, conduzido por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, com o propósito de determinar os doentes prioritários de acordo com as normas estabelecidas pelo fluxograma. Esse fluxograma é uniforme para todos os doentes e é aplicado por todos os profissionais de saúde, garantindo a uniformização dos critérios de priorização (Costa, *et al.*, 2022). O sistema, baseado na observação do doente, atribui uma cor e, conseqüentemente, um tempo de espera estimado: não urgente (cor azul, aproximadamente \approx 240 minutos); menos urgente (cor verde, \approx 120 min.); urgente (cor amarela, \approx 60 min.); muito urgente (cor alaranjada, \approx 10 min.) e emergente (cor vermelha, \approx 0 min.) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2018). Neste SUMC, todos os doentes passam pelo sistema de triagem, incluindo os menores de 18 anos, que são encaminhados diretamente para a sala de urgência pediátrica, e mulheres grávidas, que são encaminhadas diretamente para o serviço de obstetrícia desta unidade de saúde, a menos que, em ambos os casos, haja necessidade de ativação da sala de emergência (para prioridades emergentes e muito urgentes), resultando no encaminhamento para essa

área. Após avaliação médica, os doentes são encaminhados para o balcão correspondente à prioridade (verde ou amarelo), posicionados fisicamente conforme a necessidade de maior vigilância. Em casos de internamento hospitalar, o SUMC dispõe de um serviço de observação [SO], onde os doentes são alocados quando não há vagas nos serviços de internamento.

Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros [Enf.], assistentes operacionais, administrativos, seguranças, médicos e outros profissionais técnicos. A equipa de Enfermagem é subdividida em 5 equipas que trabalham sob o horário de *roulement*, seguindo o método de trabalho de Enf. responsável. No total, o SUMC conta com 55 Enf., muitos dos quais possuem formação e especialização diferenciada (ver Fig.1).

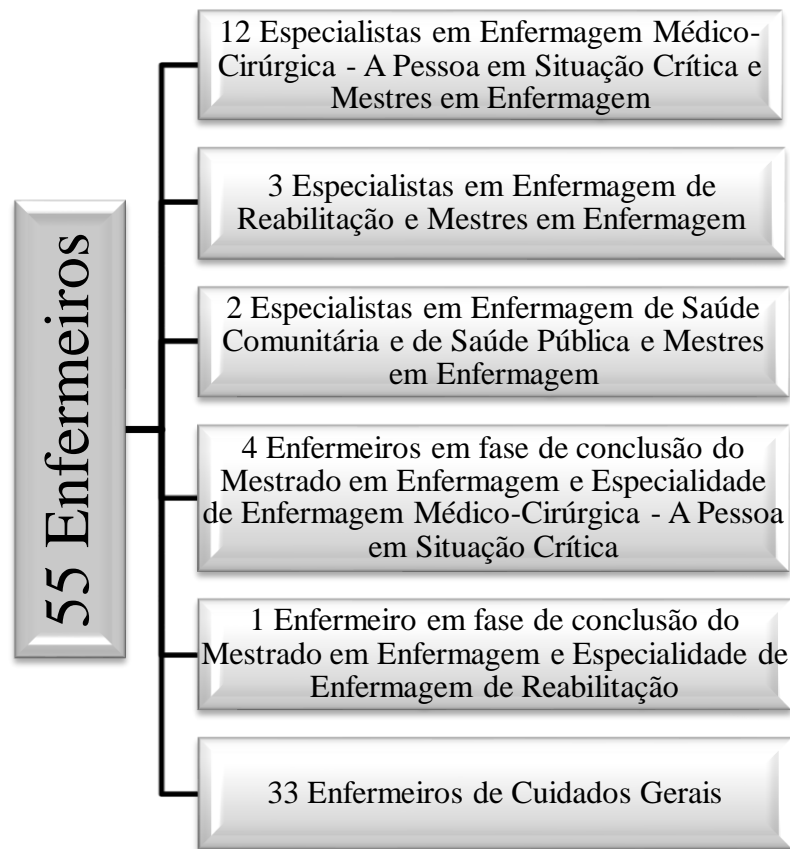


Figura 1 - Caracterização da Equipa de Enfermagem do SUMC

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao plano de trabalho por turno, este é estabelecido semanalmente, distribuindo os Enf. pelos três postos de trabalho no SO; pelo apoio (responsável pelos doentes internados em corredor sem vaga no SO); pela sala de emergência e pelo cargo de chefe de equipa, geralmente ocupado pelo profissional com maior experiência e qualificação. São ainda designados dois Enfermeiros para o balcão (azul e amarelo) e um Enf. para a triagem.

A Ordem dos Enfermeiros [OE], através do Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em 2019, propõe uma

fórmula para determinar a quantidade necessária de profissionais para garantir boas condições de trabalho, produtividade e desempenho, assegurando, assim, cuidados de qualidade (Poeira, *et al.*, 2018). Durante uma entrevista não estruturada com o Enf. Chefe e a Enf. Supervisora do SUMC, foi evidenciada a necessidade de melhores cuidados dada a complexidade das condições de saúde dos doentes e à escassez de profissionais nas equipas para garantir dotações seguras. No entanto, estratégias têm sido desenvolvidas para contornar essa problemática e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Relativamente à produção de cuidados de Enfermagem, sendo esta a categoria profissional que apresenta maior contacto com o doente e com as suas famílias, durante um maior número de tempo, a sua prestação de cuidados é indicadora de qualidade no serviço (Bernardo & Lucas, 2019). Dessa forma, a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem e a satisfação do doente e dos seus familiares estão intrinsecamente ligadas ao nível de especialização e conhecimento dentro da equipa. No SUMC encontra-se em fase final de implementação a Via Verde Acidente Vascular Cerebral [AVC], uma iniciativa com prioridade principal na urgência temporal da intervenção (DGS, 2017). O objetivo primordial desta abordagem é minimizar o tempo de isquemia e, por conseguinte, reduzir a probabilidade de sequelas permanentes. Este esforço é efetuado através de uma estratégia organizada que visa otimizar o encaminhamento e tratamento adequados e rápidos, tanto na fase pré-hospitalar quanto nas fases intra e inter-hospitalares (DGS, 2017).

1.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade de Saúde

A UCI selecionada para a realização do estágio, aporta um serviço de internamento de medicina intensiva que, tal como nos indica a OE no Parecer N.º 15/2018, a sua principal função é “a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica [MCEEMC], 2018, p. 1), à semelhança da definição de doente crítico ou pessoa em situação crítica que a OE define como “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, 2018, p.19362). É fácil perceber que os serviços de medicina intensiva são direcionados aos doentes críticos, ou seja, que estão em situação de risco de vida. Dada a complexidade e a exigência da produção dos cuidados de Enfermagem a prestar neste contexto, é fundamental uma equipa multidisciplinar com formação especializada, capacitada para intervir e manusear equipamentos, terapêuticas e terapias de substituição dos órgãos vitais (OE, 2018).

A UCI é de natureza polivalente e dispõe de cinco camas de nível II, destinadas a doentes que necessitam de monitorização e observação, com apoio a órgãos em falência ou em risco de falência,

mas “não tem acesso contínuo a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas” (Matos, 2021, p. 23-24). Geralmente, nesta unidade são admitidos doentes com patologia médica ou cirúrgica em fase pós-operatória. Adicionalmente, a UCI inclui de 5 camas de nível III, uma das quais está localizada num quarto individual para medidas de isolamento. Estas camas são designadas para doentes que requerem suporte intensivo e monitorização multiorgânica, para manter duas ou mais das suas funções vitais. Estas unidades são designadas como “unidades que contemplam uma equipa de enfermagem e médica qualificada, dispendo de assistência com um intensivista em permanência. Estas unidades têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados” (Matos, 2021, p. 24).

A equipa multidisciplinar da UCI é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas e um secretário de unidade. Na equipa médica, além do médico com funções de diretor, estão incluídos outros profissionais contratados ou do quadro do hospital, com especialidades em Anestesiologia, Medicina Intensiva, Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia, e Medicina Interna. A equipa multidisciplinar da UCI é formada por 30 enfermeiros, mais de metade possui formação diferenciada (ver Fig. 2).

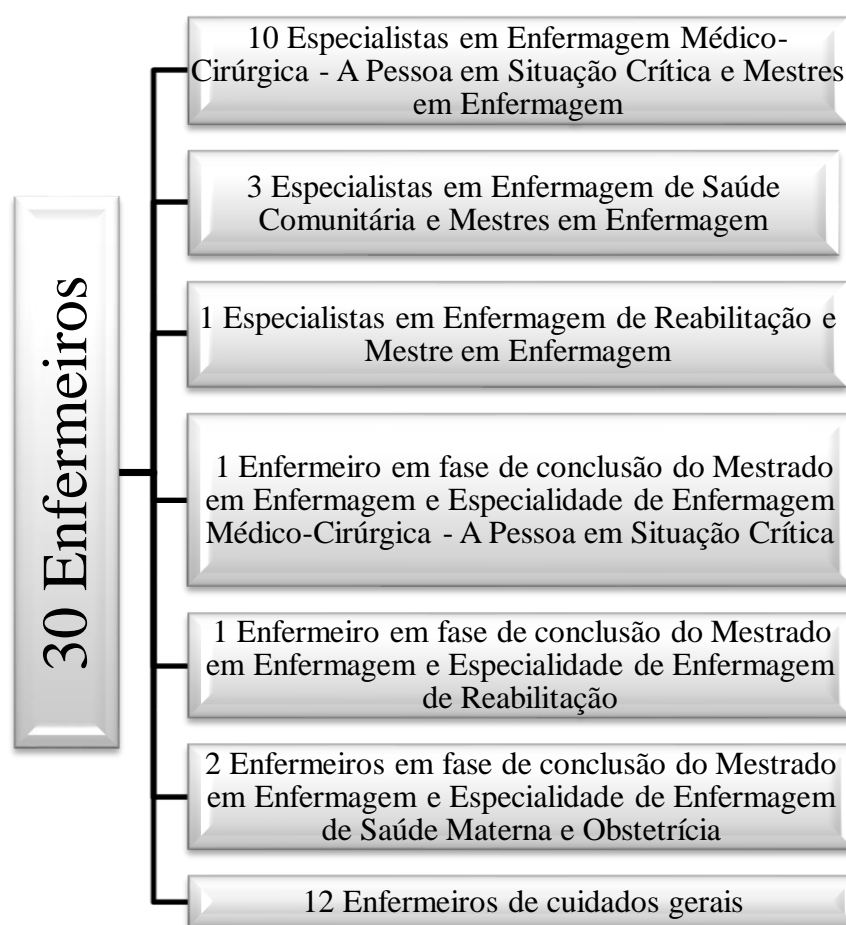


Figura 2 - Caracterização da Equipa de Enfermagem da UCI

Fonte: Elaboração Própria

O Enf. chefe mantém um horário fixo e, na sua ausência, um elemento da equipa assume a responsabilidade do turno, geralmente o elemento com maior experiência ou especialização, distribuindo os postos de trabalho para os turnos sob método de enfermeiro responsável pelas diferentes salas (cuidados intermédios e cuidados intensivos) e assumindo o papel de responsável do serviço.

Em relação às dotações seguras, nesta tipologia de serviços, recomenda-se pela OE a presença de 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), porém, atualmente a equipa não cumpre esse padrão, apresentando um nível percentual atual de $\approx 33\%$. Conforme estipulado no Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em 2019, a fim de estabelecer um rácio coerente e seguro entre enfermeiro e doente e no decurso de uma entrevista não estruturada com o Enf. Chefe e a Enf. Orientadora, reconhece-se que a equipa atualmente não cumpre as dotações seguras considerando o cálculo sugerido, devido à complexidade e à exigência dos cuidados de saúde. Como resultado, o serviço atualmente está a utilizar camas de nível II para receber doentes que necessitam da tipologia de camas de nível III. Para garantir as dotações seguras, mesmo com as carências evidenciadas anteriormente, têm sido definidas estratégias para contornar estes constrangimentos e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL

No presente capítulo pretende-se contextualizar os conceitos chave deste projeto, relacionando a produção de cuidados com os referenciais teóricos considerados na prestação de cuidados ao doente crítico com confusão aguda/*delirium*. Encontra-se também descrito um escrutínio do processo de avaliação da escala utilizada para avaliação da confusão aguda/*delirium* no doente crítico.

2.1 – DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O doente crítico é definido como aquele cuja vida está em risco, devido à falência ou eminência de falência de uma ou mais funções dos seus órgãos vitais, e cuja sobrevivência e manutenção da vida dependem de técnicas avançadas de vigilância, observação, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Considerando a complexidade inerente ao estado do doente crítico, os cuidados prestados ao mesmo requerem um elevado rigor técnico, científico e de destreza por parte das equipas que recebem esta tipologia de doentes. As UCI são, por isso, ambientes especialmente equipados, dotados de recursos materiais e tecnológicos avançados, projetados para responder prontamente às necessidades específicas do doente crítico. Simultaneamente, as equipas de Enfermagem que atuam nestes contextos possuem um conhecimento avançado, garantindo assim a prestação dos melhores cuidados possíveis. É importante ressaltar que, “muito antes da existência das UCI, os doentes críticos já eram cuidados pelos enfermeiros, até porque, a arte de cuidar está na génese da Enfermagem e é ela a parede mestra de toda a profissão” (Antunes, 2022, p. 17).

A admissão do doente crítico tem como principal prioridade a estabilização hemodinâmica através da avaliação diagnóstica baseada na abordagem ABCDE, visando a identificação de problemas prioritários, diagnósticos de Enfermagem, para resolução atempada através do planeamento e execução de intervenções de Enfermagem e avaliação das mesmas face ao resultado esperado.

Considerando o processo inesperado e repentino de transição entre saúde e doença, optou-se por utilizar o referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis para desenvolvimento das competências comuns do Enf. especialista, das competências de mestre e das competências específicas do Enf. especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] - A Pessoa em Situação Crítica [PSC] (Nobre, 2020 & Antunes, 2022). Afaf Meleis fundamenta a sua teoria com base na premissa de que ao longo do ciclo de vida, a pessoa enfrenta diversas mudanças/transições, exigindo

uma adaptação comportamental e uma consciencialização da pessoa a uma nova realidade (Chick & Meleis, 1986). A autora considera a condição saúde-doença como uma variável independente, uma vez que é um processo inerente a qualquer pessoa, enquanto a transição é tratada como variável dependente, pois pode ser percebida de formas distintas por cada pessoa, influenciada pela conotação e pela adaptação negativa ou positiva que o doente atribui ao seu processo de hospitalização, seja encarando-o com pensamentos de cura ou de morte. Meleis ainda ressalta que a transição ocorre através de interações entre as pessoas e o ambiente, podendo associar-se o sentimento de perda à desconexão experienciada pelo doente durante a transição, não só devido à alteração do seu ambiente de conforto, mas também em relação a outros aspetos relevantes para o tema estudado. A confusão aguda/*delirium* surge, entre outras causas, devido a síndromes de privação, à ausência de pessoas significativas para o doente, e a sentimentos de perda, o que pode dificultar a adaptação do doente à transição. Desta forma, durante a prestação de cuidados de Enfermagem, e sendo o Enf. o profissional que mantém maior proximidade com o doente, é ele quem identifica as necessidades do mesmo e da sua família para auxiliar na incorporação e aceitação deste processo de adaptação e transição. Neste contexto, a prestação de cuidados ao doente crítico com confusão aguda/*delirium* é fundamentada na teoria, visando sustentar um processo de enfermagem integral para a pessoa em situação crítica, abordando todas as dimensões biopsicossocioculturais, com o objetivo de potenciar a qualidade dos cuidados prestados, bem como promover ganhos em saúde (Chick & Meleis, 1986).

2.2 – CONFUSÃO AGUDA/DELIRIUM NO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A confusão aguda é compreendida, de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association* [NANDA], como um diagnóstico de Enfermagem que ocorre quando o doente apresenta alterações ou flutuações do estado de consciência, na atenção, em comportamentos e pensamentos desorganizados, bem como em modificações cognitivas, como alterações na memória, orientação e na linguagem (NANDA-I, 2018). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] define o diagnóstico de Enfermagem “confusão aguda” como um “processo de pensamento distorcido” (ICN, 2019, s.p.). Estes significados são semelhantes à definição de *delirium*, no entanto, este último, é frequentemente associado como diagnóstico médico, daí a necessidade de correlacionar os dois termos (Gomes, *et al.*, 2023).

Em 2018, Prayce *et al.*, num artigo de revisão da literatura publicado pela Acta Médica Portuguesa, referem o *delirium* como o provável sétimo sinal vital, devido à sua alta incidência em todos os serviços de internamento hospitalares, estimando-se que nas unidades de cuidados intensivos seja cerca de “83% - 87%” (Prayce *et al.*, 2018, p.53). Destaca-se, portanto, a necessidade de

prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium*, uma vez que “é frequente, aumenta a morbi-mortalidade, o tempo de internamento, o distress para a família, cuidadores e profissionais de saúde e acarreta elevados custos. É maioritariamente precipitado por eventos agudos e reversível em 50% dos casos.” (Prayce *et al.*, 2018, p.54).

Para este distúrbio, podem estar presentes diversas causas que se enquadram em três grupos:

- Condições Médicas: pode associar-se uma ou mais condições, tais como infeções sistémicas, alterações metabólicas ou hidroeletrólíticas, doenças crónicas, depressão ou alteração cognitiva prévia, doença do foro respiratório (hipoxia/hipoxemia prováveis), Traumatismo Crânio-Encefálico [TCE], convulsões e anemia (Ponce & Mendes, 2015; Oliveira *et al.*, 2022 & Sampaio & Sequeira, 2012);

- Consumos: de substâncias tóxicas como alcoolismo, tabagismo, cocaína, canabioídes, uso de medicação sedativa, analgesia opióide e psicoativa (Ponce & Mendes, 2015; Oliveira *et al.*, 2022 & Sampaio & Sequeira, 2012);

- Outros, tais como: “síndromes de privação”, “dor prolongada” (Ponce & Mendes, 2015, p.66) e contenção mecânica (Ponce & Mendes, 2015).

O doente crítico, devido à sua complexidade já mencionada anteriormente, geralmente apresenta uma ou mais das causas mencionadas, o que o torna mais predisposto à instalação da síndrome. Em muitos casos, entre um a três dias antes da manifestação e instalação da confusão aguda/*delirium*, o doente apresenta sinais e sintomas frequentes como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou distúrbios do sono, fenómeno este conhecido como a fase *pré-delirium* ou *pré-deliric*, que antecede a instalação da confusão aguda/*delirium* (Sosa *et al.*, 2018). “O quadro poderá manter-se entre dias (menos de uma semana) a dois meses, mas tipicamente resolve em 10 - 12 dias, com 15% dos casos a persistir até aos 30 dias” (Prayce *et al.*, 2018, p. 52). Quanto mais tempo a síndrome persistir, em caso de sobrevivência, maior a probabilidade de sequelas permanentes.

A evidência científica enuncia três tipos de confusão aguda/*delirium*, identificados com base na atividade psicomotora e o estado de vigilância do doente: Hiperativo, Hipoativo e Misto. (Prayce *et al.*, 2018 & Ungarian *et al.* 2019)

- Hiperativo: ocorre quando o doente está hiperalerta/hipervigilante e manifesta agitação psicomotora, ansiedade, euforia ou irritabilidade, além de apresentar distúrbios do sono e apresenta maior risco de queda;

- Hipoativo: manifesta-se quando o doente se apresenta hipoalerta/hipovigilante e apresenta distúrbios do sono, tristeza, depressão, labilidade emocional ou não comunica. Em alguns casos, o doente pode estar hipo reativo, prostrado ou letárgico. A instalação da confusão aguda/*delirium* com

score positivo na *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*¹ [CAM-ICU], ou seja, com um score de “*delirium* presente” é sempre um sinal de mau pronóstico com uma elevada taxa de mortalidade. No entanto, o prognóstico piora quando o doente evolui para um quadro de estupor/prostração, principalmente porque é o mais difícil de identificar. Sem uma identificação adequada, não é possível avaliar e, conseqüentemente, definir estratégias para tratar a condição. Por esta razão, “é 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);

- Misto: Apresenta características que flutuam entre os dois tipos descritos anteriormente.

Para prevenir e controlar a confusão aguda/*delirium* é necessário realizar uma avaliação adequada. Existem, por isso, diversos instrumentos de avaliação disponíveis, sendo a escala CAM-ICU, considerada por autores como “um excelente instrumento de diagnóstico” e “o instrumento ideal” (Sampaio & Sequeira, 2012, p.718). Com base nas evidências disponíveis e considerando que este é um tema ainda em constante investigação, optou-se por utilizar este instrumento para a realização do projeto de intervenção.

Para incitar a primeira avaliação na CAM-ICU, o sinal de alerta para o Enfermeiro deve ser a cognição do doente. Qualquer flutuação ou alteração neste aspeto deve ser considerada o ponto de partida para perceber a presença ou risco de desenvolvimento de confusão aguda/*delirium*. A decadência cognitiva evidenciada pela redução nos scores de avaliação na escala de Agitação-Sedação de *Richmond* [RASS] ou na escala de coma de *Glasgow* [GCS]) deve ser o estímulo para o profissional de saúde realizar a primeira avaliação de confusão aguda/*delirium*. Esta mudança no estado de consciência ou comportamento do doente identifica o risco de desenvolvimento do quadro (Organização ICUDELIRIUM, sem data [s.d.] & Ungarian *et al.* 2019). Quando falta tratamento específico para a sintomatologia, as evidências científicas mais recentes indicam que o tratamento não farmacológico e preventivo é o mais eficaz. Portanto, é essencial avaliar sempre que houver fatores de risco e implementar rapidamente intervenções de Enfermagem preventivas para controlar a confusão aguda/*delirium*. Como mencionado por Prayce *et al.* (2018), “O tratamento farmacológico é de segunda linha (...)” (p. 51).

A escala CAM-ICU é administrada com o profissional de saúde a fazer perguntas simples ao doente, que deve ser capaz de responder conscientemente. Portanto, como critérios para a utilizar, é necessário que o doente apresente um RASS igual ou superior a -3 (ver Anexo I – Escala de RASS),

¹ Tradução para a Língua Portuguesa: Método de Avaliação da Confusão na Unidade de Cuidados Intensivos

uma vez que a aplicação da CAM-ICU é inviável nos scores -4 e -5, onde o doente está em “Sedação profunda” e “Incapaz de ser despertado” (Miranda, 2019, p. 1). Durante a avaliação realizada pelo profissional de saúde, o estado basal do doente deve ser um RASS igual a 0, indicando que o doente está “alerta e calmo” (Miranda, 2019, p. 1).

No decorrer do estágio, foi observado que alguns doentes não sedados, cuja a avaliação cognitiva deve ser baseada, na GCS, também necessitavam de avaliação CAM-ICU. Logo, o projeto de intervenção teve que incluir a escala mencionada, e não apenas a escala de RASS conforme está preconizado nas avaliações CAM-ICU. A literatura é escassa quanto à associação entre GCS e CAM-ICU; no entanto, as referências existentes também mencionam a utilização da CAM-ICU apenas em doentes com score na GCS superior a 9, devido à capacidade responsiva do doente. Além disso, durante a avaliação CAM-ICU, o score de referência na GCS deve ser aquele anterior à alteração cognitiva apresentada pelo doente (Weiss *et al.*, 2022).

Ao iniciar a avaliação CAM-ICU ao doente, o primeiro passo é explicar o procedimento ao mesmo. Em seguida, é importante determinar o estímulo de resposta mais apropriado para o doente, caso este não consiga comunicar verbalmente. Embora a escala, por padrão, sugira o aperto da mão como resposta, pode haver doentes para os quais outro estímulo seja mais apropriado para a sua condição atual, tal como o piscar os olhos ou o acenar com a cabeça (Organização ICUDELIRIUM, s.d.). Posteriormente, a avaliação deve ser orientada por quatro pontos, podendo ser melhor compreendida com a consulta do Apêndice I - Método de Avaliação da Confusão Mental na UCI, um esquema desenvolvido no âmbito do projeto de intervenção para auxiliar aos Enf. da UCI na aplicação da escala. Este esquema foi elaborado com base na evidência disponível na Organização ICUDELIRIUM e no estudo Ungarian *et al.* (2019):

- O primeiro passo é perceber se o doente apresenta uma alteração aguda ou flutuante no seu estado de consciência, tendo em consideração a sua situação prévia e se essa flutuação ou alteração ocorreu nas últimas 24h, nas escalas de avaliação RASS/GCS;

- Em seguida, é importante avaliar se o doente apresenta falta de atenção. Para isso, a avaliação preconiza um teste de atenção às letras, onde o profissional pede ao doente para responder quando ouve a letra “A”, dizendo 10 letras aleatórias com inclusão da letra em destaque. Se o doente cometer três ou mais erros, a avaliação prossegue pelo risco de confusão aguda/*delirium* presente. O erro ocorre quando o doente realiza o estímulo quando é dita outra letra que não a “A” e quando é dita a letra “A” e o doente não responde. Se cometer nenhum ou até dois erros, a avaliação está concluída e o doente não apresenta confusão aguda/*delirium*, finalizando-se a avaliação com CAM-ICU negativo. A CAM-ICU está preparada para as alterações na funcionalidade do doente crítico, pensando no doente com necessidades especiais ou até mesmo no idoso. Neste passo, pondera-se um

teste alternativo ao das letras, permitindo que as pessoas não familiarizadas com o alfabeto realizem o teste de atenção visual. O doente deve ser questionado se está a ver o que é perguntado (mostra de 10 imagens simples), sendo o estímulo realizado pelo doente correspondente à resposta afirmativa. Se o doente apresentar 3 ou mais erros, a avaliação prossegue pelo risco de CAM-ICU positivo, ou seja, de confusão aguda/*delirium* presente. Se o doente apresentar nenhum ou até 2 erros, a avaliação está terminada e o doente tem CAM-ICU negativo, ou seja, confusão aguda/*delirium* ausente;

- A terceira avaliação consiste em perceber a alteração do estado de consciência. Os scores a serem considerados são o 0 na escala de RASS, onde o doente está alerta e calmo e a avaliação anterior à alteração do estado de consciência ou comportamental na escala de GCS. Se houver alteração, a avaliação de CAM-ICU é considerada como positiva para confusão aguda/*delirium* presente. Caso não haja alteração, a avaliação deve prosseguir para avaliar o risco de confusão aguda/*delirium*;

- No quarto e último passo, avalia-se se o doente apresenta pensamento desorganizado. Realiza-se com recurso a questões lógicas de resposta simples de “Sim” ou “Não”. Cada erro corresponde a uma resposta incorreta. Além disso, inclui-se a avaliação de comando, onde o profissional levanta dois dedos e pede ao doente para fazer o mesmo, em cada membro superior [MS]. Se o doente não conseguir mover um dos membros superiores, pedir para acrescentar mais um dedo no membro que move. Esta avaliação depende da funcionalidade de cada doente. O erro corresponde à não realização do comando. Neste passo, se o doente apresenta até 1 erro a avaliação está terminada e o doente tem CAM-ICU negativo, ou seja, confusão aguda/*delirium* ausente, se o doente apresenta 2 ou mais erros o resultado da CAM-ICU é positivo, ou seja, o doente mostra confusão aguda/*delirium* presente.

Após a avaliação pelo Método CAM-ICU, obtém-se os scores CAM-ICU positivo (indicação de confusão aguda/*delirium*) ou CAM-ICU negativo (indicação de ausência de confusão aguda/*delirium*), o que nos permite partilhar informações com a equipa multidisciplinar para orientar o plano de cuidados de acordo com as necessidades do doente. Mesmo quando a CAM-ICU é negativa, existe um risco de desenvolver a síndrome, destacando assim a importância de implementar intervenções de Enfermagem preventivas. A *Bundle* ABCDEF (Avaliação, prevenção e tratamento da dor; Despertar e Respiração espontânea; Seleção de Analgesia e Sedação; Monitorização e controlo do *delirium*; Mobilização precoce e exercício e Envolvimento familiar, respetivamente) deve ser utilizada para nortear as intervenções de Enfermagem e da equipa multidisciplinar para prevenir ou controlar a incidência de confusão aguda/*delirium*, sendo elas, segundo os autores Oliveira *et al.*, 2022; Tovar & Castaño, 2021; Kresevic *et al.*, 2022 & Ungarian *et al.*, 2019:

- Priorizar a analgesia à sedação e otimizar a diminuição/suspensão da mesma;
- Evitar o uso de benzodiazepinas e preferir a dexmedetomidina, pois é uma vantagem no controlo e diminuição da incidência de confusão aguda/*delirium*;

- Monitorizar a confusão aguda através da Escala CAM-ICU uma vez por turno ou, no mínimo, uma vez ao dia;
- Reorientar o doente nas três dimensões (pessoa, tempo e espaço);
- Providenciar dispositivos para auxiliar na orientação do doente (próteses auditivas, visuais, dentárias (...));
- Garantir um ambiente calmo com adequação dos estímulos sonoros e luminosos no período diurno, com diminuição no período noturno;
- Promover o ciclo do sono;
- Mobilização precoce com o levante precoce e pedido de Medicina Física e de Reabilitação;
- Assegurar a alimentação e hidratação adequadas;
- Avaliar a necessidade de contenção física;
- Avaliar a necessidade de manter dispositivos médicos;
- Envolver a família e facilitar visitas de pessoas significativas para o doente.

Para enriquecer o desenvolvimento das competências comuns do Enf. especialista, das competências de mestre e das competências específicas do Enf. especialista em EMC – PSC considerou-se relevante complementar a temática não apenas com o referencial teórico de Afaf Meleis, pela transição de saúde para doença e pelas alterações cognitivas e comportamentais que o doente vive na síndrome, como também com a utilização do referencial teórico de Patrícia Benner, o modelo de competências de iniciado a perito, dado que este é um tema em constante evolução e muitos Enfermeiros ainda não totalmente conscientes disso, é a experiência profissional no cuidado ao doente em contexto de cuidados intensivos que deve encorajar essa perspetiva ao Enfermeiro (Nobre, 2020).

Ao longo dos 5 estágios delineados por Patrícia Benner, de iniciado a perito, observa-se que o enfermeiro perito é aquele que possui vasta experiência profissional, conhecimento diferenciado e aguçado, sendo capaz de antecipar situações de risco e complicações no doente através da sua intuição clínica. Sem depender estritamente de normas, orienta a sua prática de forma eficaz, promovendo a segurança do doente, a saúde e a prevenção de complicações com recurso a intervenções precoces (Benner, 2001). Pelo que se determina fundamental a visão do Enf. perito na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium*.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DESENVOLVIDO NO CONTEXTO DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O projeto de intervenção, concebido na UCI, teve como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, respondendo às necessidades específicas identificadas no serviço. Este processo foi estruturado conforme as fases da metodologia de projeto e fundamentado no Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidências [PBE]. Enfatiza-se a importância de os momentos formativos serem conduzidos com base na PBE, com o propósito de fomentar um processo sistemático e organizado. Tal abordagem visa não apenas o desenvolvimento das competências profissionais dos Enf. mas também garantir a atualização contínua e a implementação de práticas inovadoras nos cuidados de saúde (Machado *et al.*, 2021). Neste capítulo, procura-se elucidar o modelo teórico subjacente ao projeto de intervenção, bem como descrever detalhadamente as atividades empreendidas em cada uma das suas fases.

3.1 – METODOLOGIA DO PROJETO SEGUNDO A TEORIA DE JUNE LARRABEE: MODELO DE MUDANÇA PARA A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

June Larrabee, ao longo do seu distinto percurso profissional de Enfermagem, dedicou-se igualmente à educação e à investigação, momento no qual co-criou o modelo teórico de Mudança para a Prática Baseada em Evidências. Este modelo sublinha a sua relevância na elevação da qualidade dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, nos resultados observados nos doentes após intervenção. Baseia-se na premissa de que os Enfermeiros devem orientar a sua prática não apenas na sua experiência clínica, raciocínios fisiopatológicos ou julgamentos baseados em opiniões pessoais, mas também em métodos de aprendizagem através de pesquisa avançada, evidências científicas, seguidos de análise e reflexão crítica sobre estes, integrando os dados empíricos e contextuais de maior relevância (Rosswurm & Larrabee, 1999). Com a aplicação da PBE, os profissionais de Enfermagem tomam decisões mais fundamentadas cientificamente, elevando assim a qualidade dos cuidados prestados. Portanto, é fundamental que o Enf. desenvolva, com base nas PBE, competências de pensamento crítico e métodos de decisão clínica baseados em evidências, essenciais para maximizar a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Rosswurm & Larrabee, 1999).

O modelo delineado por Larrabee visa fornecer uma estrutura orientadora robusta que assista os

profissionais de saúde ao longo de todo o processo de desenvolvimento e integração de mudanças práticas fundamentadas na PBE. Para tal, o modelo é estruturado em seis etapas fundamentais (Larrabee, 2011, p.35):

- “Etapa 1 - Avaliar a necessidade de mudança na prática”: Surge através de uma partilha de informação das partes interessadas, onde se comparam fatores internos e fatores externos para fundamentar a prática atual ou para modificá-la. Consiste, sinteticamente, na identificação de um problema ou situação que necessita de uma mudança baseada em evidência com a construção de uma pergunta de partida, que no final do processo acate respostas para a melhoria da qualidade de cuidados a prestar;

- “Etapa 2 - Vincular o problema às intervenções e resultados”: Após definir a problemática, é necessário associar a linguagem de classificações padronizadas como a Classificação de Intervenções de Enfermagem [NIC] e a Classificação de Resultados de Enfermagem [NOC], de modo a utilizar os conceitos adequados e a estruturar a pesquisa avançada;

- “Etapa 3 - Sintetize a Melhor Evidência”: Após a realização da pesquisa, é necessário fazer uma revisão da literatura encontrada e fazer uma reflexão crítica identificando os pontos fortes, fracos dos estudos, percebendo o risco-benefício da mudança a implementar;

- “Etapa 4 - Projetar uma mudança na prática”: Deve ser iniciado o projeto detalhado das novas atividades a desenvolver para o cuidado, que geralmente se apresenta em protocolo ou procedimento. Quanto menos complexo for o projeto, menor a resistência da equipa à mudança;

- “Etapa 5 - Implementando e avaliando a mudança na prática”: Inicia-se a implementação do projeto, e passado um tempo determinado procede-se à sua avaliação e posterior análise de resultados, compreendendo a necessidade de adaptar ou rejeitar a prática em mudança;

- “Etapa 6 - Integrar e manter a mudança na prática”: Se a análise crítica dos resultados de avaliação do projeto apoiarem a nova prática, as recomendações para a mudança devem ser manifestadas e ser sustentadas por processos formativos, disponibilização dos recursos necessários e incentivos de qualidade à equipa.

Considerando a teoria supracitada, a prática clínica de Enfermagem deve ser sustentada na PBE, pois “cada vez mais os enfermeiros são constantemente desafiados na procura de conhecimento científico, para prestação de cuidados de enfermagem, baseados na qualidade e excelência do que é atualmente preconizada para uma cultura de segurança do doente” (Sousa, *et al.*, 2018, p.32).

3.1.1 – Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação e a consequente determinação da necessidade de intervenção no tema

abordado, iniciou-se com a realização de entrevistas não estruturadas com a equipa de Enfermagem da UCI. Estas entrevistas permitiram revelar uma lacuna significativa: a subutilização da escala CAM-ICU, apesar de esta estar disponibilizada no sistema informático de registo. Com o intuito de proceder a um levantamento exaustivo das necessidades, desenvolveu-se um questionário breve através do *Google Forms*, dirigido à equipa de Enfermagem. O conteúdo deste questionário encontra-se acessível para consulta no Apêndice II – Questionário sobre Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico, em contexto de Cuidados Intensivos. As respostas obtidas estão devidamente documentadas nos Gráficos 1 a 4.

Sabe o que é a Confusão Aguda/Delirium?

30 respostas

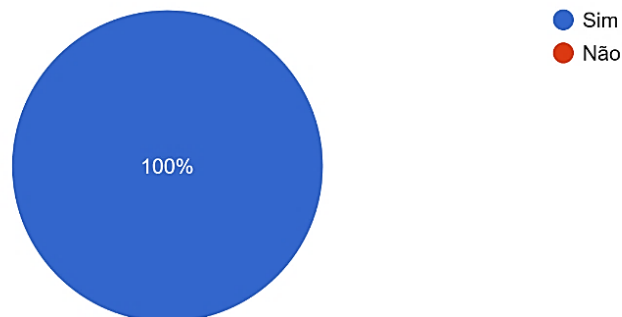


Gráfico 1 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 1 "Sabe o que é Confusão Aguda/*Delirium*?" no Questionário Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Tem Formação sobre Confusão Aguda/Delirium?

30 respostas

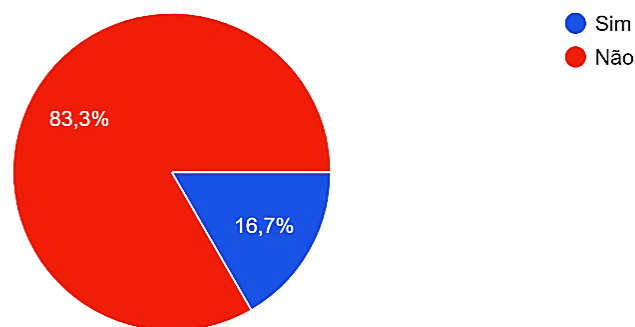


Gráfico 2 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 2 "Tem Formação sobre Confusão Aguda/*Delirium*?" no Questionário Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Tem conhecimento de que a Escala CAM-UCI está parametrizada no sistema informático BSimple?

30 respostas

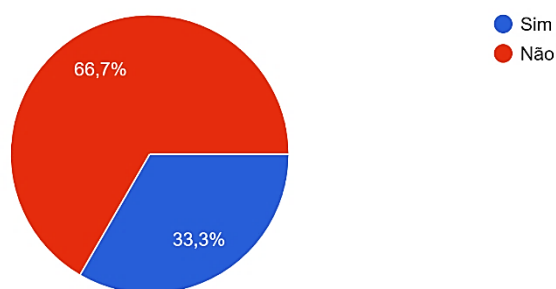


Gráfico 3 - Respostas dos Enfermeiros da UCI À Questão 3 "Tem conhecimento de que a Escala CAM-ICU está parametrizada no sistema informático BSimple?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Conhece a Escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit - Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos)?

30 respostas

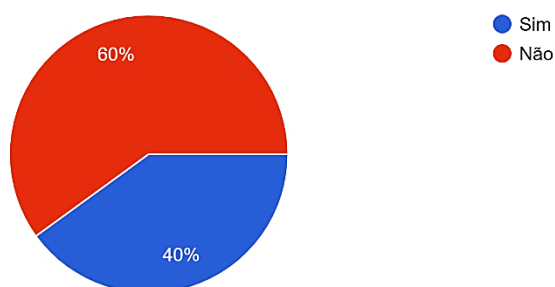


Gráfico 4 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Questão 4 "Conhece a Escala CAM-ICU?" no Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Ao interpretar os dados recolhidos, sublinha-se a importância crítica do desenvolvimento deste projeto, considerando que uma proporção significativa de enfermeiros não possui de formação específica sobre o tema em análise. Esta lacuna formativa foi diretamente abordada e mitigada com a implementação do projeto de intervenção. Além disso, detetou-se uma insuficiência de conhecimento acerca da escala CAM-ICU, que se estabeleceu como o foco principal do projeto. Como resultado, desenvolveu-se um formato de registo apropriado para ser utilizado após cada avaliação no sistema informático empregue neste contexto prático.

Para uma análise completa do projeto de intervenção, recorreu-se à análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*²). Este método, inicialmente concebido para o domínio

² Tradução para a Língua Portuguesa: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças

empresarial, tem sido aplicado também em diversos setores, incluindo o da Saúde, dada a sua capacidade de analisar não apenas os fatores internos que influenciam um determinado assunto, mas também os fatores externos. Tal aspeto é de suma importância, visto que qualquer indústria está inserida em sistemas dinâmicos, que estão sujeitos à influência mútua com a sociedade envolvente (Benzaghta *et al.*, 2021). Assim, a análise *SWOT* permite identificar e compreender tanto os fatores positivos quanto os negativos, o que é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes e para maximizar o potencial de sucesso do projeto.

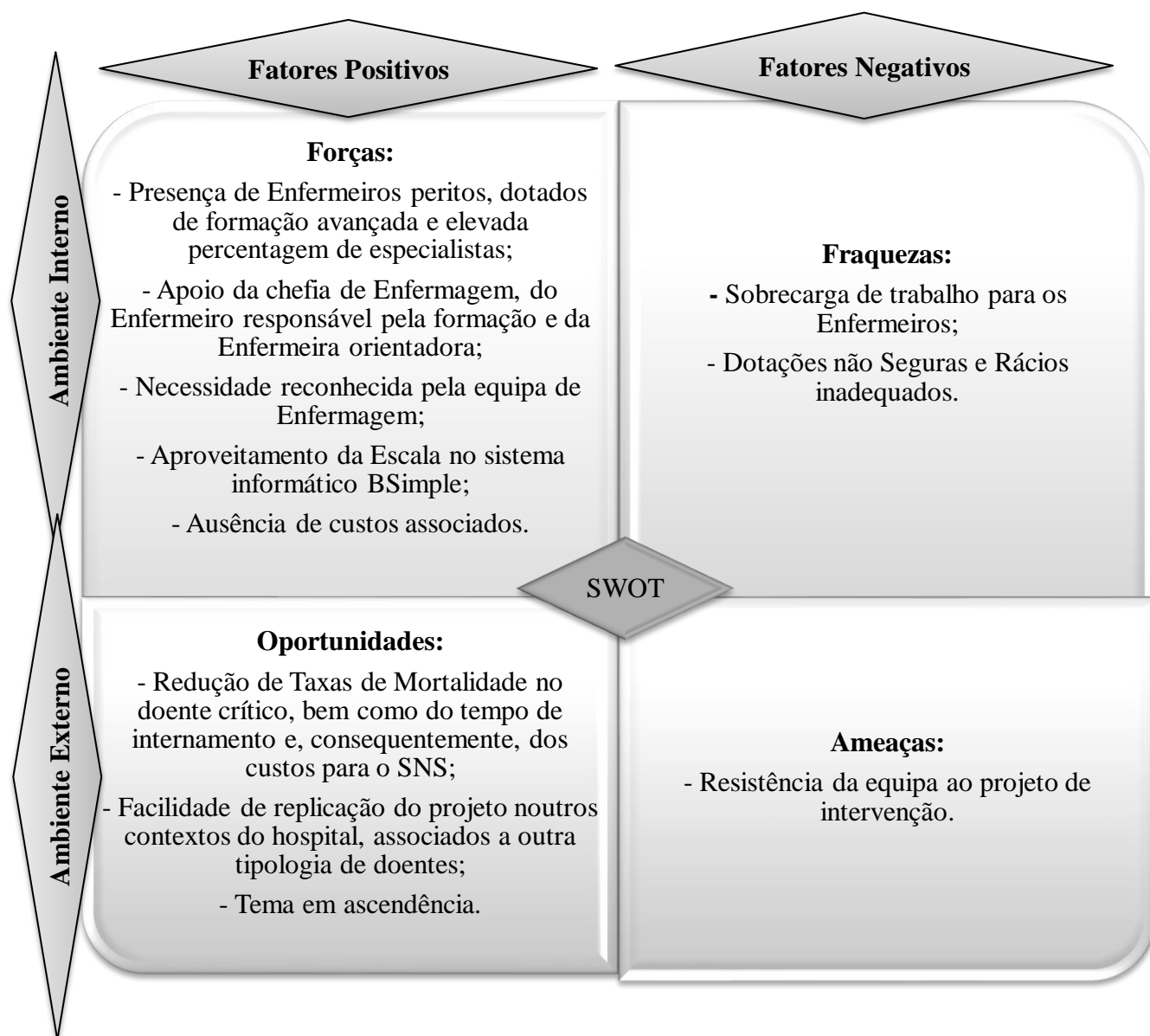


Figura 3 - Análise *SWOT*

Fonte: Elaboração Própria

As forças dizem respeito aos aspetos positivos do ambiente interno do projeto, compreendendo recursos internos significativos, competências distintivas, vantagens competitivas, ou outras

características intrínsecas que impulsionam o sucesso do projeto. Neste contexto, sobressai como forças a presença de Enfermeiros peritos, segundo Patrícia Benner, dotados de formação avançada e com uma elevada percentagem de especialistas, constituindo uma mais-valia tanto para a equipa quanto para os destinatários dos cuidados, pela qualidade e pelos conhecimentos avançados que os elementos possuem. Destaca-se igualmente o interesse demonstrado pela equipa na evolução e aquisição de novos conhecimentos, evidenciado pela quantidade significativa de elementos em processo de conclusão da especialidade. Outra força identificada é o apoio da chefia de Enfermagem, do Enfermeiro responsável pela formação e da Enfermeira orientadora do estágio ao projeto, o que nos encorajou e motivou para o seu desenvolvimento, assim como no apoio dentro da equipa para fundamentar eventuais resistências. Adicionalmente, ressalta-se como força o reconhecimento, pela própria equipa, da necessidade que o projeto visa colmatar, nomeadamente a carência na avaliação da confusão aguda/*delirium*, o que pode fomentar a adesão ao uso do instrumento de avaliação pelos profissionais, visto ter sido um dos temas prontamente identificados como prioritários aquando da entrevista à equipa. Constitui também uma força o facto da escala CAM-ICU já estar parametrizada no sistema informático utilizado, apesar da sua subutilização, permitindo que o foco recaísse mais na formação e na disponibilização de materiais de apoio para a correta aplicação do instrumento de avaliação do que na sua integração no sistema. Por fim, é de salientar a ausência de custos associados à implementação do projeto, o que elimina uma potencial barreira à sua realização.

Neste âmbito, identifica-se como fraqueza a sobrecarga de trabalho para os Enfermeiros. Esta realidade deriva não só das múltiplas intervenções de Enfermagem e cuidados diferenciados que o doente crítico requer neste tipo de contexto hospitalar, mas também de uma avaliação de Enfermagem adicional a realizar. Acresce a este cenário, a necessidade de considerar várias intervenções preventivas ou de controlo após cada avaliação efetuada. Este aspeto, agravado por dotações não seguras e rácios inadequados face à exigência de qualidade dos cuidados, culmina numa sobrecarga profissional, que pode realçar as suas fragilidades tanto a nível funcional quanto moral, induzindo a insatisfação entre os enfermeiros, com conseqüente aumento de taxas de depressão, sofrimento e desequilíbrios físicos. Estes fatores podem levar à exaustão dos profissionais e, por conseguinte, ao surgimento de patologias e absentismo (Costa, *et al.*, 2018). Todos estes aspetos contribuem para a ameaça identificada na análise do projeto, que se traduz na resistência potencial da equipa à implementação do projeto para prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico.

Como oportunidades, destacam-se todas as vantagens decorrentes do controlo e prevenção da confusão aguda/*delirium* em doentes críticos, tais como a redução de taxas de mortalidade, a diminuição do tempo de internamento e, por conseguinte, a redução dos custos associados ao SNS (Oliveira, *et al.*, 2022 & Tovar & Castaño 2021). Salienta-se ainda a possibilidade de replicar o

projeto noutros contextos hospitalares, associados a diferentes tipologias de doentes, onde também ocorram alterações ou flutuações cognitivas e/ou comportamentais, como é o caso dos serviços de medicina interna. Por fim, a considerar que a temática ainda está em ascensão, representa-se como uma oportunidade para um projeto que visa controlar ou prevenir uma síndrome que, atualmente, ainda é pouco considerada por muitos profissionais na prestação dos seus cuidados.

3.1.2 – Definição de Objetivos

Por forma a alcançar os resultados esperados com o desenvolvimento do projeto de intervenção, é fundamental a definição de objetivos de aprendizagem gerais e específicos, para nortear a estratégia e os conteúdos essenciais para dar resposta às necessidades do serviço. Assim, apresenta-se como objetivo geral:

- Capacitar os Enfermeiros da UCI na utilização da Escala CAM-ICU para a prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico.

Considerando o objetivo geral supracitado, e de forma a dar-lhe resposta, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a CAM-ICU aplicada ao doente crítico: Para intervir, foi necessário perceber o que os enfermeiros sabiam sobre a temática e quais as carências identificadas, o que se colmatou com a realização do questionário via *Google Forms*, cujas respostas se encontram explanadas nos Gráficos 1 a 4, conforme anteriormente exposto;

- Mapear as vantagens da utilização da escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico: Para realizar o projeto de intervenção com base nas melhores e mais recentes evidências científicas, elaborou-se uma revisão de escopo com recurso a uma pesquisa avançada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde [BVS] e *EBSCOhost*, onde, após a aplicação de critérios de inclusão e de exclusão, foram incluídos 7 artigos para análise segundo *Joanna Briggs Institute* [JBI]. Assim, foram percebidas não apenas as vantagens da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU, mas também o processo de avaliação no seu todo.

- Adequar a escala CAM-ICU no sistema informático *BSimple*: Apesar da escala já se encontrar parametrizada no sistema, foi necessário adaptá-la às mais recentes evidências e programar intervenções de Enfermagem com base nos scores obtidos na avaliação;

- Realizar formação sobre confusão aguda/*delirium* e as vantagens de utilização da escala CAM-ICU: Importa transpor o conhecimento científico pesquisado para todos os profissionais de Enfermagem, com o propósito de colmatar as necessidades identificadas e fomentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar nesta UCI;

- Utilizar a escala de avaliação para prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente

crítico em UCI: Evidenciar a aplicabilidade da escala neste contexto, de acordo com os critérios de utilização, promovendo igualmente a sua adoção futura pelos profissionais;

- Avaliar a utilização da escala CAM-ICU pelos Enfermeiros, com recurso a uma *checklist* de avaliação: Considerámos essencial identificar eventuais constrangimentos na utilização da escala, procedendo à sua reformulação, caso necessário, para incentivar a adesão dos profissionais à mesma.

3.1.3 – Planeamento

Para a planificação do projeto realizou-se uma proposta de trabalho projeto (ver Apêndice III) que foi apresentada ao Enf. responsável do serviço, à Enf. Supervisora do estágio, à Professora [Prof.] Supervisora, bem como aos colegas e aos Prof. da UC, que contribuíram com as suas sugestões de melhoria. Após esta etapa, a proposta foi aceite e aprovada em deliberação do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, estando aberta a possíveis alterações durante a fase de execução, tanto no âmbito do projeto como no cronograma de atividades desenvolvido. Paralelamente, foi elaborado e formalizado um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde para a realização do projeto de intervenção na UCI, o qual foi deliberado e aprovado (ver Apêndice IV).

Para o desenvolvimento do projeto, procedeu-se à elaboração detalhada do seu planeamento, identificando as atividades a desenvolver para cumprir os objetivos propostos. Cada objetivo específico foi acompanhado de estratégias, bem como meios, atividades necessárias e indicadores de resultado, visando a efetiva execução do projeto e, em última análise, o cumprimento do objetivo geral.

Assim, no que concerne ao objetivo “Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a CAM-ICU aplicada ao doente crítico”, o propósito centrou-se no levantamento de necessidades, já identificadas na fase de diagnóstico da situação, constituindo este o indicador de resultado.

No que concerne ao objetivo “Mapear as vantagens da utilização da escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico”, o propósito foi estabelecer uma questão de investigação para orientar a metodologia do projeto, formulada como “Quais as vantagens da utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico em UCI?”. Em sequência, procedeu-se à elaboração de um artigo científico como indicador de resultado, concretamente, uma revisão de escopo que serve de fundamento científico para o projeto, apoiada nas evidências mais recentes. Para tal, realizou-se uma pesquisa avançada nas bases de dados BVS e EBSCOhost, utilizando as palavras-chave Confusão Aguda, *Delirium*, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica nos Descritores em Ciências da Saúde

[Decs/Mesh], e, apesar de “aguda” e “CAM-ICU” não estarem validadas nos mesmos, reconheceu-se a importância da sua inclusão para a eficácia da pesquisa direcionada ao tema. Mediante a aplicação de critérios de inclusão e de exclusão, selecionaram-se para análise pelo *Joanna Briggs Institute* um total de 7 artigos, publicados entre 2018 e 2023, os quais foram utilizados para o desenvolvimento do artigo. O resumo do mesmo encontra-se disponível nos idiomas português, inglês e espanhol no Apêndice V. Foi também realizada uma síntese dos resultados dos artigos, de modo a facilitar a sua análise, disponível no Apêndice VI.

Relativamente ao objetivo “Adequar a escala CAM-ICU no sistema informático BSimple”, considerou-se essencial, apesar de a escala já estar parametrizada no sistema informático, associar-lhe intervenções de Enfermagem definidas na seleção de artigos (ver Apêndice VII). Desta forma, consoante o score final da avaliação e o perfil do doente, o Enf. pode selecionar intervenções para controlar ou prevenir a confusão aguda/*delirium*, adequadas às necessidades do indivíduo, e posteriormente integrá-las na prestação de cuidados.

No que concerne ao objetivo “Realizar formação sobre confusão aguda/*delirium* e as vantagens de utilização da escala CAM-ICU”, as estratégias formativas emergem-se como o elo crucial para a consolidação de conhecimentos nas equipas multidisciplinares, sendo a sua relevância cada vez mais reconhecida. A adesão dos profissionais de saúde à formação aumenta quando esta está associada à prática de cuidados e se revela significativa para o seu contexto profissional, potenciando, consequentemente, um impacto formativo relevante na prestação de cuidados de qualidade ao doente (Izaguirres *et al.*, 2022). A sessão de formação, destinada a todos os Enf. a laborar na UCI, realizou-se seguindo as diretrizes habituais da equipa, de modo a maximizar a adesão dos participantes. Com o apoio do Enf. responsável pela formação, a sessão foi anunciada para o dia 11 de janeiro de 2024, com transmissão via *Microsoft Teams*. Preparou-se também o plano da sessão de formação em serviço, disponível no Apêndice VIII, e a apresentação da sessão com base nos conteúdos dos artigos selecionados e materiais de apoio audiovisual fornecidos pela Organização ICUDELIRIUM (ver Apêndice IX).

Para a efetivação da formação e assegurar a adesão à mesma, adotou-se o método expositivo para a transmissão de informações e conteúdos, complementado pelo método interrogativo, que visa esclarecer todas as dúvidas, sejam elas de natureza alegórica ou direta, fomentando a atenção dos formandos. Como meios auxiliares de ensino, utilizaram-se o computador e a multimédia com suporte de *PowerPoint*, facilitando aos formandos o acompanhamento e compreensão dos conteúdos, e, por conseguinte, potenciando a aprendizagem. O indicador de resultado deste objetivo foi a apresentação da sessão formativa. Posteriormente à sessão, procedeu-se à distribuição de uma brochura, incluída no Apêndice I, servindo como guia orientador para a aplicação correta do

instrumento de avaliação.

A utilização de posters, panfletos, brochuras e documentos com informação sintetizada, de consulta rápida, que sejam chamativos e cativantes, permite aos profissionais de saúde relembrar procedimentos essenciais aquando da prestação de cuidados que poderiam passar despercebidos durante a ação formativa ou, até mesmo, serem esquecidos dias após a sessão formativa (Dawood *et al.*, 2021). Considerou-se também essencial a disponibilização de imagens para a realização do teste alternativo de atenção às letras, o teste de atenção visual (ver Anexo III), para fomentar a adesão à avaliação o mais completa possível. As brochuras foram impressas e plastificadas para facilitar a sua higienização e foram afixadas pelas áreas de trabalho dos Enfermeiros após a sessão de formação.

Quanto ao objetivo “Utilizar a escala de avaliação para prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico em UCI”, após a sessão formativa, e durante os dias de estágio, planeou-se realizar avaliações em doentes que preenchessem os critérios para a aplicação da mesma. Foram realizadas 3 avaliações neste contexto, definindo-se estas como indicador de resultado. O principal propósito foi motivar e incentivar a restante equipa a aderir às avaliações CAM-ICU.

Finalmente, no objetivo “Avaliar a utilização da escala CAM-ICU no sistema informático pelos Enfermeiros, com recurso a uma *checklist* de avaliação”, pretendeu-se observar todo o processo de avaliação CAM-ICU, sempre que possível, pelos Enfermeiros, incluindo o registo da avaliação. Planeou-se realizar, pelo menos, 3 observações, sendo este o indicador de resultado. Para isto, utilizou-se como guia de orientação uma *checklist* para assegurar a correta aplicação da escala (ver Apêndice X).

3.1.4 – Execução

Organizou-se uma linha cronológica com as atividades a serem desenvolvidas, conforme a metodologia estabelecida previamente. Inicialmente, procedeu-se ao diagnóstico da situação através da identificação da problemática/necessidade, num período compreendido entre setembro de 2023 e outubro do mesmo ano. Neste último mês, realizaram-se simultaneamente algumas tarefas, tais como a elaboração e formalização do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde para a execução do projeto, além da elaboração da proposta de trabalho de projeto, que foi submetida à discussão e, subsequentemente, ajustada. Esta proposta foi entregue ao Conselho Técnico-Científico da Escola. Ainda dentro do mesmo intervalo temporal, e enfrentando algumas dúvidas quanto à aplicabilidade da escala, procedeu-se à elaboração de um pedido de autorização ao autor F.S. para a utilização da tradução inglês-português da escala CAM, tendo sido esclarecido pelo mesmo que a versão traduzida se destinava não ao doente crítico, mas sim ao doente psiquiátrico. Após uma pesquisa aprofundada, descobriu-se a organização ICUDELIRIUM, que

disponibiliza, no separador “monitorização do *delirium*” (ICUDELIRIUM, s.d., sem página [s.p]), em vários idiomas e formatos, o manual de treino CAM-ICU, o fluxograma CAM-ICU, os cartões de bolso CAM-ICU e a planilha CAM-ICU. Encontrando-se disponível online sem restrições, concluiu-se que a autorização previamente considerada necessária seria, afinal, inválida.

No decorrer dos meses de novembro e dezembro de 2023, foi iniciada a fase de pesquisa avançada para a revisão de escopo. Adotou-se a metodologia PCC (População, Conceito e Contexto), focando na População de doentes críticos, no Conceito da Escala CAM-ICU, e no Contexto de Cuidados Intensivos. Este enquadramento orientou a análise meticulosa, desenvolvida de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute* e ajustada ao modelo *PRISMA-ScR*. A questão orientadora da investigação foi formulada como: "Quais as vantagens da utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico em UCI?"

Para abordagem desta temática, determinaram-se as palavras-chave Confusão Aguda, *Delirium*, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde. Apesar de algumas palavras-chave não estarem plenamente validadas nos *Decs/Mesh*, a sua inclusão revelou-se essencial para a eficácia da pesquisa. Recorreram-se aos motores de busca *EBSCOHost* e *BVS*, empregando-se os operadores booleanos “OU” (*OR*) e “E” (*AND*) para refinar a pesquisa, a qual se desenvolveu durante o mês de novembro de 2023.

A seleção dos artigos baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, culminando na escolha de 7 artigos publicados entre 2018 e 2023. Para melhor elucidar os resultados, elaborou-se um fluxograma *PRISMA*, disponibilizado no Apêndice XI. A análise detalhada destes artigos considerou o seu nível de evidência, seguindo-se a aplicação dos instrumentos de avaliação do *JBIC* para aferir a qualidade metodológica de cada um, com o intuito de determinar a sua adequação para inclusão na revisão.

Como resultado dessa análise criteriosa, desenvolveu-se um quadro resumo que sintetiza as informações essenciais dos estudos analisados, abarcando título, autor, ano do estudo; objetivo do estudo; número de participantes; resultados; período e desenho do estudo. Este quadro permitiu não apenas consolidar os dados relevantes para o tema em estudo, mas também facilitou a discussão dos resultados e a extração das ideias principais para a elaboração do artigo científico, tornando o texto mais claro, estruturado e acessível para o leitor (ver Apêndice VI – Síntese de Resultados da Revisão de Escopo).

Entre a segunda quinzena do mês de dezembro e o início do mês de janeiro de 2023 iniciou-se a otimização da sessão de formação. Para tal, foi essencial realizar uma avaliação da parametrização da escala no sistema informático, identificando-se, como fraquezas, a falta de definição de intervenções de Enfermagem específicas. Neste contexto, em reunião com a Enf, Supervisora e com

o Enf. responsável pelo *BSimple*, estabeleceu-se contacto com a central do sistema informático para incluir as alterações necessárias, tendo em consideração a amostra de artigos selecionados. Após a escala estar totalmente operacionalizada, procedeu-se ao seu teste e desenvolveu-se a apresentação para a sessão de formação, que foi posteriormente agendada e divulgada pelo Enf. responsável pela formação. Concomitantemente, definiu-se, antes da data da formação, um indicador de qualidade com o respetivo padrão, relativamente à adesão dos formandos ao momento formativo, de modo a acompanhar o processo de avaliação:

- Pretende-se que, pelo menos, 65% dos enfermeiros adiram à formação. O indicador definido será avaliado no subcapítulo referente à avaliação.

Após a realização da sessão de formação, realizou-se a avaliação de processos, através da disponibilização de um *link* com acesso a um questionário via *Google Forms* (ver Apêndice XII), que aborda domínios relacionados com a metodologia, os conteúdos da formação e o preletor. O questionário apresenta 4 respostas múltiplas possíveis, numa escala numérica de 1 a 4, onde 1 significa “Discordo totalmente”, 2 indica “Discordo”, 3 exprime “Concordo” e 4 corresponde a “Concordo totalmente”. Inseriu-se no questionário uma área de resposta livre para críticas, sugestões e comentários que os formandos considerassem pertinentes, visando melhorias em futuros momentos formativos. Relativamente a este tipo de avaliação, foram definidos indicadores de qualidade com o respetivo padrão, de modo a facilitar o processo de avaliação e divulgação de resultados, assim como para compreender de forma exímia a qualidade formativa:

- Pretende-se, pelo menos, 80% da melhor pontuação possível na secção “Metodologia e Conteúdos da Formação”;

- Pretende-se, pelo menos, 80 % da melhor pontuação possível na secção “Preletor”;

- Pretende-se, pelo menos, 85 % da melhor pontuação possível na secção “Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral”.

Após a realização da formação, nos últimos 15 dias de janeiro, foi necessário realizar avaliações CAM-ICU durante a prestação de cuidados, sempre que os doentes internados apresentassem critérios de aplicabilidade para a mesma. Este procedimento visou incentivar a equipa a aderir às avaliações CAM-ICU e, conseqüentemente, à mudança de comportamentos relativamente ao doente com risco de confusão aguda/*delirium* presente. Concomitantemente, observaram-se as avaliações realizadas pelos elementos da equipa, que foram submetidas a avaliação de resultados através de uma *checklist* de observação elaborada de acordo com os procedimentos para a aplicação correta da CAM-ICU. Para facilitar a análise de avaliação de produtos e com vista a responder ao objetivo geral proposto, foram definidos dois indicadores de qualidade padrão, relativamente às avaliações CAM-ICU:

- Pretende-se observar, pelo menos, 3 avaliações CAM-ICU pelos Enfermeiros da UCI;
- Pretende-se que, dos 10 parâmetros da *check list* de observação, 7 sejam afirmativos, quando aplicáveis, em cada observação realizada.

3.1.5 – Avaliação e Divulgação dos Resultados

Para analisar os objetivos propostos na realização do projeto de intervenção, considerou-se essencial o tratamento de dados para interpretar se os resultados alcançados correspondem aos padrões definidos na fase de execução. Seguindo uma ordem lógica nas etapas formativas executadas, apresentam-se nos gráficos 5 a 10 as respostas obtidas no preenchimento do questionário de satisfação da formação, verificando-se que foi alcançada uma percentagem de adesão na equipa de \approx 76% (23 elementos), cumprindo assim o indicador proposto de adesão da população-alvo à formação. Relativamente à avaliação de processos, os resultados do questionário de satisfação evidenciam que, nos Gráficos 5 a 7, referentes à secção “Metodologia e Conteúdos da Formação”, obteve-se uma pontuação de 100% das respostas na opção múltipla “Concordo totalmente”, atingindo-se, desta forma, o primeiro indicador de qualidade estabelecido sobre o tema.

Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes.

23 respostas

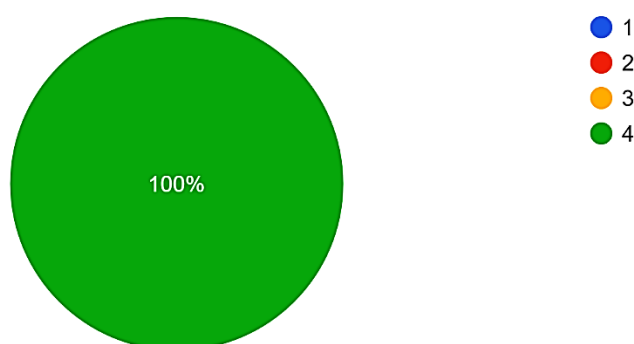


Gráfico 5 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 1 "Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Os conteúdos apresentados são úteis para a prestação de cuidados de qualidade.

23 respostas

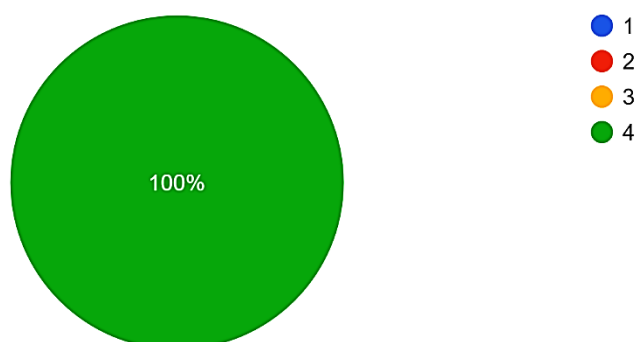


Gráfico 6 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 2 "Os conteúdos apresentados são úteis para a prestação de cuidados de qualidade." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

A formação correspondeu às suas expetativas.

23 respostas

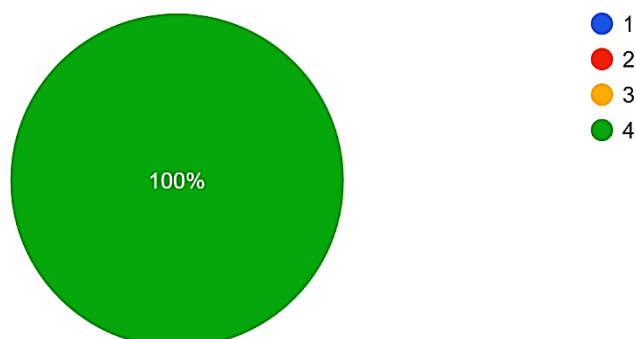


Gráfico 7 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 3 "A formação correspondeu às suas expetativas." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

No que respeita ao segmento "Preletor", consegue-se uma pontuação de 97,85% na escolha múltipla "Concordo totalmente", considerando-se também um indicador de qualidade atingido (ver Gráficos 8 e 9).

O preletor apresentou domínio da temática e clareza na exposição do tema.

23 respostas

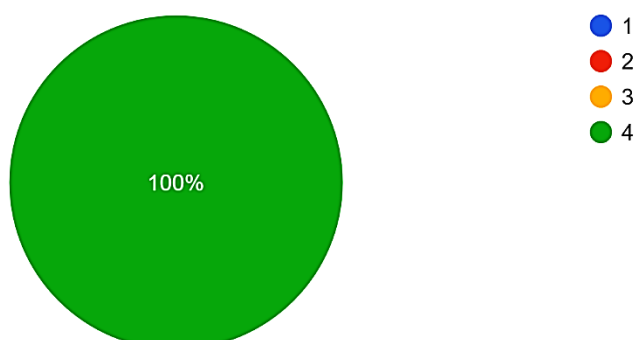


Gráfico 8 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 4 "O preletor apresentou domínio da temática e clareza na exposição do tema." no Questionário de avaliação da sessão formativa *Confusão Aguda/Delirium* no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

O preletor cumpriu com a duração do tempo prevista.

23 respostas

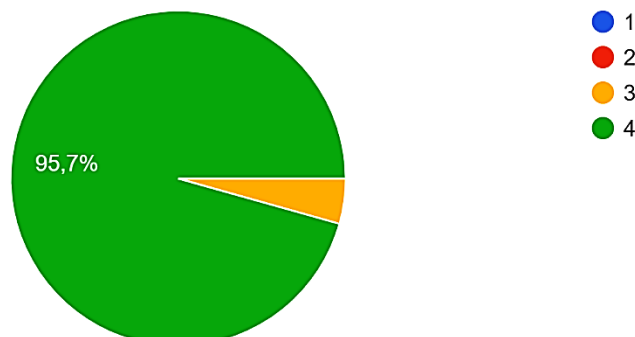


Gráfico 9 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação 5 "O preletor cumpriu com a duração do tempo prevista." no Questionário de avaliação da sessão formativa *Confusão Aguda/Delirium* no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Finalmente, na divisão "Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral.", atinge-se um valor percentual de 100% na escolha múltipla "Concordo totalmente", pelo que se considera também o indicador de qualidade proposto, como atingido (ver Gráfico 10).

Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral.

23 respostas

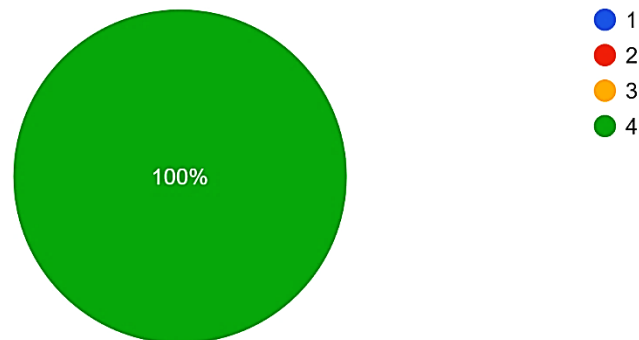


Gráfico 10 - Respostas dos Enfermeiros da UCI à Afirmação "Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral." no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Considera-se também 1 comentário positivo obtido à sessão de formação apresentado na Figura 3, de referir que não foram identificadas críticas ou sugestões de melhoria de qualidade para as formações futuras.

Críticas, sugestões e comentários:

1 resposta

Excelente! Parabéns!

Figura 4 - Críticas, sugestões e comentários dos Enfermeiros da UCI no Questionário de avaliação da sessão formativa Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Fonte: Elaboração Própria, por *Google Forms*

Relativamente às observações CAM-ICU avaliadas com apoio da *checklist*, foram realizadas apenas 4, devido às características dos doentes internados na UCI nos últimos turnos do estágio. Contudo, considera-se que o indicador de qualidade nomeado foi atingido. Estas avaliações estão detalhadas na Tabela 1, resultante do tratamento de dados na análise das avaliações CAM-ICU observadas (ver Apêndice XIII). Verificou-se que os quatro enfermeiros que realizaram a avaliação

CAM-ICU em doentes críticos cumpriram os parâmetros estabelecidos na *checklist*, quando aplicáveis, com um valor percentual igual ou superior a 88%, alcançando assim o indicador de qualidade proposto.

Avaliações	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	%	Indicador
Avaliação 1	S	S	S	N	S	S	S	NA	S	S	≈ 88%	Atingido
Avaliação 2	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	90%	Atingido
Avaliação 3	S	S	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100%	Atingido
Avaliação 4	S	S	S	S	S	NA	NA	NA	S	S	100%	Atingido
Legenda: Questão [Q], Sim [S], Não [N], Não Aplicável [NA]												

Tabela 1 - Tratamento de dados das avaliações CAM-ICU observadas com o preenchimento de *checklist*
Fonte: Elaboração Própria

Considerando a avaliação e o tratamento de dados efetuado, demonstra-se que todos os indicadores de qualidade propostos relativos à sessão de formação e ao intuito do projeto de intervenção (mudança de comportamentos) foram alcançados. Este facto contribui de forma direta para a realização dos objetivos propostos para o projeto de intervenção, não apenas os específicos, mas também o geral. No entanto, é importante salientar que, devido ao curto espaço de tempo para a avaliação do projeto de intervenção e à carência de observações realizadas, não é possível assegurar com certeza que o objetivo geral foi plenamente atingido. Relativamente à divulgação de resultados, devido à falta de tempo para o tratamento de dados, optou-se pela divulgação dos mesmos através do desenvolvimento e posterior publicação deste relatório, que será, em tempo oportuno, enviado para a Enfermeira supervisora e para o Enfermeiro responsável pela formação.

4 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O principal objetivo dos contextos de estágio é o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enf. Especialista, onde se inserem as competências de Mestre. Para demonstrar a aquisição dessas competências elabora-se o presente capítulo com fundamentação de situações em contexto prático para cada uma destas, que justifica o desenvolvimento da aprendizagem. Tal como se manifesta a 7ª competência de Mestre “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (UE, 2015, p. 26), assegura-se a sua aquisição pelos factos apresentados de seguida.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Interpreta-se como competência o “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes” (OE, 2021, p. 131) que deve nortear a *praxis* profissional, de modo a responder às mais diversas situações, com prontidão, eficiência, eficácia, qualidade e resultados esperados. As competências comuns do Enf. Especialistas são

“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, 2019, p. 4745).

A OE define, para todos os enfermeiros especialistas, diferentes domínios de competência, que incluem competências e, conseqüentemente, unidades de competência. Para demonstrar evidências do desempenho do Enf., a OE determina ainda, critérios de avaliação para cada unidade de competência.

4.1.1 – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Domínio apresenta duas competências: A1 e A2, nomeadamente, “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4746), respetivamente. No processo de aquisição destas competências, considerou-se também a 3ª competência de Mestre “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.” (UE, 2015, p. 26).

Na génese da Enfermagem é importante promover ativamente a dignidade e os direitos humanos da pessoa destinatária dos nossos cuidados, de forma a promover a excelência do exercício das nossas funções. A nossa prática de cuidados deve, por isso, basear-se em normas legais, princípios éticos e deontológicos, por forma a tomar decisões e a estabelecer prioridades com vista à resolução de problemas de forma consciente e segura para o doente. Para nortear a prestação de cuidados e atingir as competências anteriormente descritas, foi fundamental relacionar os conhecimentos adquiridos no decorrer do plano de estudos do mestrado com todos os documentos reguladores e legislativos apresentados (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Lei de Bases da Saúde, Código Deontológico e outros instrumentos reguladores da profissão) com os princípios éticos e morais que me são natos, bem como com a *praxis* clínica. Assim, é importante reconhecer o doente como um ser humano holístico, com todos os seus direitos e benefícios legalmente protegidos no decorrer da prestação de cuidados segura, considerando os princípios dos valores humanos, dos direitos à vida e à qualidade de vida, do direito ao cuidado, do dever de informação, do dever de sigilo, do respeito pela intimidade, do respeito pela pessoa em situação de fim de vida e da humanização dos cuidados (Assembleia da República, 2015). Assim, reconheço que a prestação de cuidados teve como base todos estes princípios, os quais não foram esquecidos nem em situações mais complexas ou desafiadoras.

É importante referir que o doente tem direito a autodeterminar-se, decidindo sobre qualquer cuidado a prestar de forma livre e esclarecida, decidindo de forma consciente sobre si e o tratamento/intervenção que lhe será submetida. No entanto, a tipologia de doentes com o qual se contactou em ambos os contextos de estágio (doente crítico), muitas vezes não conseguia responder sobre si, e não dispunha de Diretiva Antecipada de Vontade [DAV] ou Testamento Vital. Este aspeto, dificultou a perceção daquilo que seria a vontade do doente nas tomadas de decisão. As mesmas, nestas situações, foram conquistadas em reunião da equipa multidisciplinar, considerando o estado

geral atual do doente e o prévio à situação de agudização, respeitando os princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Por raras situações, incluiu-se a família nestas tomadas de decisão.

Como exemplo, apresenta-se uma doente crítica em contexto de cuidados intensivos, cujo diagnóstico de entrada foi um choque hipovolémico por vários focos hemorrágicos internos e multi fraturas, em consequência de um acidente de viação do qual resultou o falecimento do seu esposo. A doente foi sedada e ventilada, recorrendo-se ao suporte de vários órgãos vitais e à reconstituição da volemia. A doente nunca teve resposta favorável às medidas implementadas. Decidiu-se, em equipa multidisciplinar, que a doente estaria em fim de vida, uma vez que o benefício e a qualidade de vida para a doente seriam uma incógnita face ao sofrimento e à ausência de resposta fisiológica a todas as intervenções. A família, apesar de implorar as melhorias da doente, pela situação de sofrimento vivida, sabia que o prognóstico era muito reservado. A doente cumpriu terapia de substituição renal, na qual decidi pelo processo de reinfusão aquando a hora da despedida da família, pois a doente apresentou hipotensão crítica na presença da mesma, conseguindo evitar o falecimento presenciado pelas filhas. Este aspeto contribuiu na redução do sofrimento emocional, físico e espiritual da família, garantindo cuidados competentes de uma forma holística. Ambos os processos de tomada de decisão foram conscientes, e com base em conhecimentos e princípios que devem guiar a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

4.1.2 – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O Domínio compreende três competências: B1, B2 e B3, nomeadamente, “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4747), respetivamente. No processo de aquisição destas competências, considerou-se também a 5ª competência de Mestre “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.” (UE, 2015, p. 26).

Ao longo dos dois contextos de estágio, foram evidentes as pesquisas em diferentes bases de dados para adquirir o conhecimento científico mais recente sobre determinado tema, de modo a colmatar as carências teóricas não apenas para resultado pessoal, mas também para as equipas que nos incluíram. Exemplo disso são os projetos de intervenção realizados, sendo o de maior ênfase o descrito neste relatório final relativamente à confusão aguda/*delirium*, no entanto, e não menos importante, é de referir o projeto desenvolvido sob a necessidade apresentada no SU “Critérios de gravidade para

ativação da sala de emergência”. Onde, a equipa multidisciplinar se encontra com grande rotatividade de elementos de Enfermagem, e os Enf. peritos determinaram que alguns doentes ingressavam na sala de emergência quando não apresentavam critérios de gravidade para tal. Este aspeto representou um risco para a qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico, que necessitasse de vaga na sala de emergência. Assim, mostraram-se, com recurso à evidência científica, os critérios de ativação da sala de emergência e promoveu-se a melhoria contínua da qualidade naquele serviço através de uma sessão formativa e da disponibilização de um infográfico com a informação chave (ver Apêndice XIV). Concomitantemente, no contexto de cuidados intensivos, houve necessidade de colocação de monitorização de Índice Bispectral [BIS] a um doente crítico para avaliação objetiva da sedação durante a ventilação mecânica invasiva, no entanto, os Enf., por falta de contacto com a técnica, reconheceram a carência de conhecimentos relativamente aos parâmetros de intervalo para interpretação clínica do estado de consciência. Assim, procedeu-se rapidamente a uma pesquisa avançada, com intuito de dar resposta às necessidades, com base na evidência científica, e com vista à resolução da problemática, aumentando os conhecimentos pessoais e da equipa e, conseqüentemente, prestando cuidados de maior qualidade.

Com o exemplo destas e outras pesquisas para aquisição conhecimentos e, conseqüentemente, destas competências, visou-se a prestação de cuidados com segurança para o destinatário de cuidados, por forma a minimizar a ocorrência de erros e potenciando o resultado esperado.

De modo a alcançar estas competências, toda a prática de cuidados nos contextos de estágio visou corresponder a todos os enunciados descritivos nos padrões de qualidade, tanto do Enf. de cuidados gerais, como do Enf. Especialista em EMC-APSC, nomeadamente “A satisfação do cliente” (OE, 2002, p.13 & OE, 2017, p. 11), “A promoção da saúde” (OE, 2002, p.14 & OE, 2017, p. 12), “A prevenção de complicações” (OE, 2002, p.15 & OE, 2017, p. 12), “O Bem-estar e o Autocuidado” (OE, 2002, p.16 & OE, 2017, p. 13), “A readaptação funcional” (OE, 2002, p.17 & OE, 2017, p. 14), “A organização dos cuidados de Enfermagem” (OE, 2002, p.18 & OE, 2017, p. 15) e “A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (OE, 2017, p. 16), o que potenciou também a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados.

É de salientar a consulta dos planos de evacuação e plano de emergência em situação de catástrofe em ambos os serviços, considerando a gestão do risco, em caso de acontecimentos desta natureza. Também é importante referir a organização do material de consumo clínico e de terapêutica tanto na unidade de cuidados intensivos, como na sala de emergência do SU, onde, fisicamente se encontram em locais estratégicos e devidamente identificados, com vista à redução da probabilidade de erro humano em situações de carácter emergente. Em técnicas ou procedimentos invasivos, existem caixas

devidamente organizadas com todo o material necessário para a sua correta execução, o que possibilita um menor período de tempo para a realização do procedimento, bem como melhor qualidade na prestação do cuidado e segurança para o doente e para o profissional.

É essencial referir a importante efetivação de registos de todo o cuidado prestado, bem como o registo de notificações de incidentes ou eventos adversos de risco de caris clínico ou não clínico no Sistema de Apoio à Gestão do Risco [SAGRIS]. O principal objetivo do registo é a identificação de problemas e de medidas para uma melhoria da segurança dos doentes e dos profissionais, com vista à prestação de cuidados com maior qualidade.

4.1.3 – C. Domínio da gestão dos cuidados

O Domínio abrange duas competências: C1 e C2, detalhadamente, “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748), respetivamente. No processo de aquisição destas competências, considerou-se também a 1ª competência de Mestre “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.” (UE, 2015, p. 26). Relativamente às competências mencionadas, estas não foram realizadas de forma ativa, no entanto, em qualquer dos contextos, através da observação, denoto o importante papel dos Enf. chefes/responsáveis dos serviços. Não apenas relativamente à gestão de recursos humanos e materiais, mas também à gestão de conflitos. Estas situações são transversais a todos os contextos de trabalho, onde a chefia deve ter um papel fundamental, que pude observar em qualquer dos contextos de estágio pela liderança assertiva, de forma a promover um ambiente saudável, a motivação e coesão da equipa e, consequentemente, mantendo a qualidade na prestação de cuidados, principalmente com estratégias de comunicação e de incentivo aos profissionais.

Para atingir esta competência e consolidar conhecimentos na área de gestão de cuidados previamente falados no plano de estudos do mestrado, foi possível acompanhar o Enf. chefe da UCI, mediante a sua disponibilidade, ao longo de um turno. Perceberam-se as suas dinâmicas diárias na otimização de respostas de liderança para a equipa multidisciplinar. O Enf. assiste ao momento de transmissão de informações do turno da noite para o turno da manhã, sempre que possível e após perceber a complexidade dos doentes internados, procede à distribuição dos mesmos por método de Enf. responsável. É feito o mesmo procedimento para o turno da tarde pelo Enf. chefe. Nos turnos da noite, e nos fins de semana, essa tarefa é assegurada pelo responsável de turno, que por norma é o elemento mais velho no serviço e, por norma, Enf. especialista. No decorrer do turno, foram

desempenhadas funções na reposição de níveis de stocks de material de consumo clínico, assim como realização de pedidos extra face as necessidades consumíveis dos doentes internados, considerando também os dias não uteis. Também relativamente à gestão de recursos humanos, foram observadas aprovações de trocas de turno nas equipas de Enf. e assistentes operacionais, na validação de picagens de entrada ou saída e na elaboração de horários.

4.1.4 – D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Domínio integra as competências D1 e D2, nomeadamente, “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749), respetivamente. No processo de aquisição destas competências, considerou-se também as 2^a, 4^a e 6^a competências de Mestre “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (UE, 2015, p. 26), “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida” (UE, 2015, p. 26) e “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” (UE, 2015, p. 26), respetivamente.

Considerando a tipologia de doentes já descrita em ambos os contextos de estágio, evidenciámos a elevada complexidade e exigência de cuidados a prestar. Isso implicou a aquisição de novos conhecimentos e a consolidação dos mesmos. Para isso, recorreu-se à observação da praxis dos elementos de referência, designados como orientadores ou supervisores, prática que se coligiu com as pesquisas científicas realizadas. Com esta estratégia, conseguiram-se desenvolver as competências mencionadas. Foi também importante para este processo, o desenvolvimento de uma relação empática e assertiva com os elementos das equipas, bem como com os doentes e as suas famílias, de modo a facilitar o processo de Enfermagem e a qualidade na conceção do mesmo. Exemplo disso foram vários momentos no SU, onde se consideraram necessários ensinamentos às famílias como cuidadoras principais, relativamente a posicionamentos e administrações de terapêutica via subcutânea, onde se considerou fulcral a técnica utilizada pelos pares, como a comunicação assertiva e a transmissão e disseminação de conhecimentos, em benefício do doente e da sua qualidade de vida, com inclusão da família no processo de cuidar.

Como contributo para o desenvolvimento destas competências, considero também a realização do projeto de intervenção, planeado e executado sob a organização de metodologia de projeto, permitindo um aprimoramento dos conhecimentos relativamente aos processos formativos e de

investigação.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do Enf. Especialista

“são 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, 2019, p. 4745).

No que diz respeito ao Enf. Especialista em EMC-PSC, a OE determina um perfil de competências específicas, que o Enf. deve adquirir para assegurar

“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, 2018, p.19362).

Para cada uma das três competências do Enf. Especialista em EMC-PSC, a OE define unidades de competência e critérios de avaliação para demonstrar evidências relativamente à aquisição das mesmas.

4.2.1 – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No decorrer dos estágios, tanto no SU através da sala de emergência, como na UCI pelo próprio contexto intensivo, contactámos regularmente com o doente crítico (com falência ou risco de falência de um ou mais órgãos vitais) acompanhando, por isso, todos os processos de substituição para a manutenção dos mesmos.

Para responder com prontidão aos problemas de instabilidade identificados, planear e executar as intervenções de Enfermagem que melhor se adequassem à pessoa em situação vulnerável e à *posteriori* avaliar os resultados da intervenção, é necessário uma grande perícia e conhecimentos dotados capazes de corresponder na prática e na teoria às necessidades desta tipologia de doentes. Foram imprescindíveis para a visão e antecipação de situações de instabilidade os cursos desenvolvidos no plano de estudos do mestrado SAV e *International Trauma Life Support [ITLS]* (ver Anexo IV), uma vez que proporcionaram o treino em contexto de situações reais, fomentaram a avaliação rápida de emergências hospitalares, e a reflexão da melhor intervenção para cada uma destas, considerando a tipologia do doente, com o objetivo de, muitas vezes, modificar o prognóstico

do mesmo pela nossa intervenção antecipada. Maioritariamente, na UCI, ocorreram oportunidades de colocar em prática os conhecimentos aprendidos nos cursos mencionados anteriormente. Contactámos com doentes sedados, ventilados, cujos diagnósticos principais se manifestavam do foro respiratório, cardíaco, renal e alguns tipos de choques hipovolémicos e sépticos. Nesse contexto, foram desenvolvidos conhecimentos sobre ventilação mecânica invasiva [VMI], gestão e monitorização de oximetria periférica e controlo gasométrico, bem como interpretação de dados. Como exemplo apresento um doente do qual a Enf. supervisora era responsável e que, por isso, nos estava distribuído, que começou a descompensar da parte respiratória. Autonomamente, foi colocada a Fração Inspirada de Oxigénio [FiO₂] na VMI a 100%, aspiradas secreções, e como a situação não reverteu, foi desconectado o ventilador e iniciada oxigenação com suporte de ambu manual, concomitante à chamada do médico que posteriormente alterou o modo ventilatório do doente. Também em termos de monitorização hemodinâmica, com vários exemplos de episódios de hipotensão crítica que de forma autónoma se aumentou ou iniciou suporte terapêutico de amins; técnicas de terapia de substituição renal que muitas vezes foram prontamente suspensas pela instabilidade do doente; interpretação de traçados cardíacos que permitiram a interpretação de situações de peri-paragem; e manobras de reanimação, onde foram desenvolvidos conhecimentos e destreza manual nalgumas tarefas definidas pelo *team leader* em situações de suporte imediato de vida. Apesar da experiência e dos conhecimentos passados pelas Enf. supervisoras, nunca se descorou a pesquisa em artigos científicos relativamente a todas as situações anteriormente descritas.

Aquando a estabilidade dos doentes, todas as intervenções de Enfermagem relativamente ao seu conforto, bem-estar biopsicossocial e acompanhamento familiar eram asseguradas. Apesar da maioria dos doentes que receberam os nossos cuidados se encontrarem sedados, isso não foi barreira para a nossa comunicação verbal e/ou não verbal com o doente, que se considerou sempre presente, na prestação de qualquer cuidado ao mesmo. Relativamente à comunicação com as famílias, sempre se manifestou como dificuldade, a transmissão de más notícias, não necessariamente a morte, mas manifestar a veracidade do estado real do doente. É algo que foi trabalhado e aprendido com os pares, mas que causará sempre constrangimento a qualquer ser humano, por muitas vezes colocar as situações semelhantes a si no pensamento e, como relação terapêutica e empática, colocar-se no seu lugar e, conseqüentemente, no seu sofrimento. Compreendemos que, para a transmissão da notícia que pretendemos dar, é necessária a comunicação adequada, por vezes, com recurso a linguagem pouco técnica, para evitar *viés* de compreensão. Também se disponibilizou, em qualquer das situações ocorridas, todo o apoio da equipa multidisciplinar para o processo de aceitação da doença e processos de luto.

4.2.2 – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A competência apresentada não foi possível de ser consumada e aprimorada em termos práticos, uma vez que não se experienciaram situações destes caris em qualquer dos contextos práticos. No entanto, foram estudados os planos de intervenção de emergência e situação de catástrofe dos serviços, bem como os planos de evacuação, de modo a conhecer os princípios de atuação, em caso de necessidade.

Neste tipo de situações multivítimas, haverá necessidade de uma triagem organizada, por prioridades, com definição de circuitos conhecidos por todos os profissionais, de modo a potenciar a estabilização do maior número de vítimas e a readaptação funcional das mesmas.

Foi desenvolvido um póster, no âmbito do plano de estudos do mestrado, nomeadamente na UC EMC 3, com o tema “Preservação de Vestígios na Vítima de Agressão Traumática”, cuja informação tratada norteia a unidade de competência “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19364). Com a realização desse trabalho sob o método científico, foi possível obter conhecimentos nos procedimentos de preservação correta de vestígios, por forma a serem analisados e vocacionados para um processo de investigação, de forma a apoiar as vítimas e as suas famílias.

4.2.3 – 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] são mencionadas como aquelas que são adquiridas em contexto de prestação de cuidados, que não se encontravam em manifestação ou em incubação no momento da admissão na entidade prestadora de cuidados de saúde. Estas constituem, em conjuntura com a resistência a Antimicrobianos, um problema complexo de saúde pública, e compõem um risco acrescido para os doentes destinatários de cuidados de saúde. Estes são considerados eventos adversos que colocam em causa a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e do controlo ambiental de determinado serviço ou unidade de saúde. A prevenção das IACS são imperativos éticos e deontológicos, que formam a reponsabilidade individual de cada profissional de saúde, e, *à posteriori* apresentam-se como indicador da qualidade dos cuidados prestados

(PPCIRA ULSXXXX, E.P.E., 2024).

A Direção Geral da Saúde desenvolveu medidas eficazes para o combate das IACS, definidas como Precauções Básicas de Controlo de Infecção [PBCI], que são organizadas segundo dez padrões de qualidade: “Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes”; “Higiene das mãos”; “Etiqueta respiratória”; “Utilização de equipamento de proteção individual [EPI]”; “Descontaminação do equipamento clínico”; “Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies”; “Manuseamento seguro da roupa”; “Gestão adequada dos resíduos”; “Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis” e “Prevenção da exposição a agentes microbianos no local” (DGS, 2017, p. 6).

Relativamente a estas evidências, e tendo em consideração o ambiente na UCI e a exposição do doente crítico aos mais diversos dispositivos médicos invasivos, necessários para a função de suporte de vida, consideraram-se sempre na colocação e otimização de qualquer dispositivo médico os feixes de intervenção preconizados pela DGS, nomeadamente no que diz respeito aos cateteres venosos centrais, aos cateteres vesicais e aos cuidados ao doente ventilado, considerando a prevenção da pneumonia associada à entubação. Também em todas as técnicas e intervenções realizadas que não dispõe de normas para nortear a prática, foi utilizada técnica assética e todas as medidas de controlo ambiental e de infeção para segurança do doente, prevenindo complicação no internamento, e, conseqüentemente o aumento do tempo de internamento com o aumento do consumo de recursos para a unidade de saúde, e a morbimortalidade do doente.

Os serviços cumprem as normas preconizadas pela DGS de controlo de infeção, bem como na resistência aos antimicrobianos, onde se refletiu a grande importância dos elos de ligação do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] que fomentam constantemente o cumprimento dessas recomendações, e realizam periodicamente observações em regime de auditoria, para diagnosticar as lacunas da equipa, criar estratégias para as colmatar e, conseqüentemente, prestar cuidados seguros e potenciar os resultados para o doente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Nos contextos de estágios, contactaram-se com vários tipos de isolamento, principalmente de contenção, por contacto e por gotículas, nomeadamente por microrganismos multirresistentes e por pico de vírus influenza, respetivamente. No decorrer das situações, foi universal em ambos os serviços o espaço físico limitado, conseguindo-se apenas isolamentos por coorte entre doentes. Foram utilizadas todas as precauções básicas de controlo de infeção em qualquer intervenção ao doente isolado ou não isolado, considerando consoante cada situação a utilização correta de EPI para segurança do profissional, de controlo ambiental e gestão de recursos.

Para aquisição de conhecimentos mais diferenciados e facilitadores na obtenção da competência, foram utilizadas 10% das horas totais do estágio final, para frequentar formação disponibilizada aos elos de ligação PPCIRA da ULSXXXX, E.P.E., com o tema “Fundamentos em Prevenção e Controlo de Saúde, Epidemiologia e Microbiologia Associadas à Prevenção e Controlo de Infecção” (ver Apêndice XV).

Também a UC de EMC 5 contribuiu para a aquisição desta competência, onde foi explanado um plano de prevenção e controlo de infeção relativamente ao microrganismo *Clostridioides difficile*.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório proporcionou, não apenas o desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista em EMC-PSC e Mestre em Enfermagem, mas também o fortalecer de aptidões pessoais, de análise e reflexão, de sentido de responsabilidade e de segurança profissional. Na certeza de que é este o caminho para uma realização profissional em pleno, com a qual foram desenvolvidos sentimentos proficientes na prestação de cuidados baseada na evidência, fundamentados com a melhoria contínua da qualidade, da segurança do doente e a sua promoção da saúde. Neste processo de aquisição de competências e conhecimentos especializados foi essencial a relação com a teoria aprendida no plano de estudos do curso e a prática realizada em contexto prático no decorrer dos momentos de estágio.

A realização do projeto de intervenção foi uma atividade que contribuiu para o desenvolvimento dessas competências e aptidões mencionadas, pela visão holística que se exige ao Enfermeiro, perante o doente crítico. A Enfermagem está em constante desenvolvimento científico, pelo que é fundamental o Enf. consciencializar-se da necessidade evolutiva de conhecimentos teórico-práticos a que está sujeito ao longo do seu ciclo profissional, com o intuito de dar a melhor resposta à população que cuida. Por isso, o profissional tem ao seu alcance, a possibilidade de completar a avaliação do doente com o instrumento de avaliação CAM-ICU, controlar a confusão aguda/*delirium* ou o risco do seu desenvolvimento, através a adoção de intervenções de Enfermagem de controlo e/ou de prevenção. Com o objetivo de prevenir complicações pela redução do tempo de internamento e diminuição da taxa de mortalidade, potenciar a qualidade de vida por contribuir para a manutenção do estado cognitivo prévio à situação de doença aguda do doente, maximizando a sua segurança e a promoção da saúde, tal como descrevem os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica. A implementação do projeto foi encarada pela equipa multidisciplinar como uma vantagem em geral para o serviço no sentido de que é um projeto de melhoria contínua da qualidade pela lacuna existente na UCI, que com o projeto se culminou e proporcionou a atualização e evolução de conhecimentos teóricos e práticos; e em particular para o doente crítico como recetor de cuidados de maior qualidade na referida UCI.

Com a elaboração deste relatório, compreendem-se não apenas os objetivos propostos na introdução como alcançados, mas igualmente as competências de Mestre, as competências comuns

do Enf. Especialista e as competências específicas do Enf. Especialista em EMC-PSC como alcançadas.

Aquando a implementação do projeto, a limitação que se identificou foi a gestão do tempo, uma vez que a metodologia de projeto exigiu o desenvolvimento de diversas atividades num curto período temporal, no entanto, na etapa execução conseguiu-se cumprir o planeamento proposto, bem como o cronograma de atividades. É relevante mencionar que ao longo da realização do projeto, foram asseguradas a confidencialidade e a proteção de dados e não se definiram conflitos de interesse a assinalar.

Como proposta de intervenção futura, pretende-se alargar as avaliações CAM-ICU e a prevenção ou controlo da confusão aguda/*delirium* para outros serviços da Unidade de Saúde, como é exemplo o serviço onde se exercem funções de origem, contribuindo para o início, contribuição, desenvolvimento e disseminação de conhecimento, de acordo com a evidência científica mais recente, como dita uma das competências de Mestre em Enfermagem. O que proporcionará a mudança de comportamentos na prática de cuidados nas equipas multidisciplinares, assim como a melhoria da qualidade na prestação de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Antunes, A. (2022). *Informação A Proporcionar Aos Familiares Dos Doentes Internados Em Unidades De Cuidados Intensivos. (Relatório de Natureza Profissional)*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3494/1/Adriana_Antunes.pdf
- Assembleia da República (2015). Lei nº 156/2015 de 16 de setembro: Segunda Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série I, nº181, 8059-8105.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora
- Benzaghta, M., Elwalda, A., Mousa, M., Erkan, I., & Rahman, M. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*, 6(1), pp. 55-73. <https://doi.org/10.5038/2640-6489.6.1.1148>
- Bernardo, D. & Lucas, P. (2019). Satisfação Dos Usuários Com Os Cuidados De Enfermagem - Revisão Integrativa Da Literatura In Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios. *Qualitative Research*, 3, 822–832. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>
- Chick, N. & Meleis, A. (1986) *Transitions: A Nursing Concern. School of Nursing Departmental Papers*. University of Pennsylvania. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern
- Costa, C., Normann, K., Tanaka, A. & Cicolella, A. (2018). A Influência Da Sobrecarga De Trabalho Do Enfermeiro Na Qualidade Da Assistência. *Rev. UNINGÁ, Maringá*, v. 55, n. 4, p. 110-120
- Costa, F., Torres, R. & Sousa, C. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(1), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV2102>
- Dawood, A., Shabana, K., Soliman, S., & Sharkawy, A. (2021). Effect of Brochure Concerning to Early Postpartum Hemorrhage on Enhancing Nurses' Knowledge and Practices. *Medico-legal*

Update, 21(2), pp. 151-156. DOI: <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i2.2662>

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma Nº 015/2017 de 13/07/2017. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017). Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos. 1-24. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2018). Norma Nº 002/2018 de 09/01/2018. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

GCL-PPCIRA da Unidade Local de Saúde do XXXX, E.P.E. (2024). Fundamentos De Prevenção E Controlo Da Infeção Em Cuidados De Saúde. Disponível em <https://www.ulsXXXX.min-saude.pt>

Gomes, A., Rosinhas, A., Ramos, S. & Sampaio, F. (2023). Intervenções autónomas de enfermagem na prevenção da confusão aguda: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1-23. DOI: [10.19131/rpesm.367](https://doi.org/10.19131/rpesm.367)

ICN. (2019). ICNP Browser. International Council of Nurses: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Instituto Politécnico de Portalegre (2023). Ficha de Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *In* Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. 1-2. Disponível em <http://pae.ipportalegre.pt>

Instituto Politécnico de Portalegre (2023). Ficha de Unidade Curricular (UC) Estágio Final. *In* Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. 1-2. Disponível em <http://pae.ipportalegre.pt>

Izaguirres, A., Silva, C., Lima, A., & Paz, A. (2022). Formação profissional de enfermagem em aprimoramento de competências: Revisão integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), pp. 183-193. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.183-193>

Krešević, D., Miller, D., Fuseck, C., Wade, M., Whitney, L., Conley, M., Rimac, J., Jacono, F., Wilson, H. & Burant, C. (2020). Assessment and Management of Delirium in Critically Ill Veterans. *Critical Care Nurse*, 40 (4), 42-53. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020137>

- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre, RGS, Brasil: AMGH.
- Machado, L., Camponogara, S., & Moreira, D.(2021). O empoderamento como componente do trabalho do enfermeiro: tendência de teses e dissertações. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 83103-83117
- Matos, A. (2021). *Determinantes Da Pneumonia Associada À Ventilação Invasiva Numa Unidade De Cuidados Intensivos De Um Hospital Central* (Trabalho no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC). (2018). Parecer MCEEMC Nº 15/2018. *Ordem dos Enfermeiros*. Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. 1-4
- Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2.ª série, nº 153, 20673-20678
- Miranda, M. (2019). Escala De Agitação-Sedação De Richmond (RASS). Disponível em <https://idoc.pub/documents/escala-rass-agitacao-e-sedacao-j3noq3orv54d>
- Nobre, C. (2020). *Prevenção Do Delirium Na Pessoa Em Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada De Enfermagem. (Relatório de Estágio obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)*. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/39349/1/202708152.pdf>
- North American Nursing Diagnosis Association International [NANDA-I] (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020 11ª edição*. Brasil: Artmed
- Oliveira, C., Nobre, C., Marques, R., Mendes, M. & Sousa, P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*, 13(2), 1-16. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Na área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, nº184,128-155

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 766/2021 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. *Diário da República, 2ª série - nº 159 de 17 de agosto de 2021*. Lisboa, Portugal.

Organização Glasgow Coma Scale. (s.d). In *Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow*. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/>

Organização ICU.DELIRIUM. (s.d.). In *Critical Illness, Brain Dysfunction and Survivorship Center (CIBS)*. Disponível em <https://www.icudelirium.org/>

Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A. & Lopes, N. (2018). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática. *RIASE*, 4(3), 1604 – 1617.

Ponce, P. & Mendes, J. (2015). Manual de Medicina Intensiva (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel.

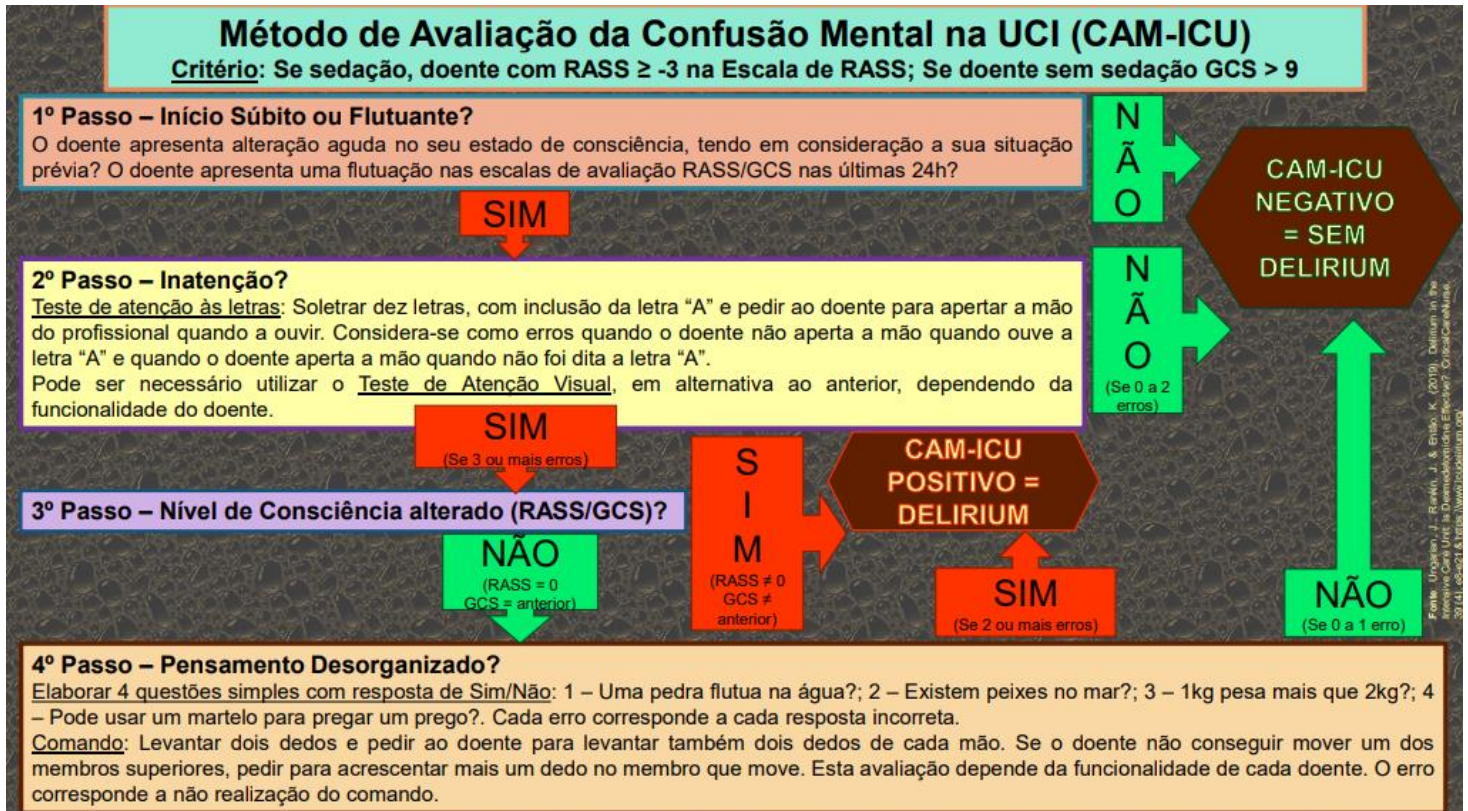
- PORDATA. (2024). *População Residente. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os censos. Número de registos de urgência no Hospital distrital*. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I. (2018). Delirium: o 7º Parâmetro Vital?: Artigo de revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51-58. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Regulamento nº 533/2014 de 2 de Dezembro (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, nº 233, p. 30247-30254.
- Rosswurm, M. & Larrabee, J. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 317-322.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2012). 59. Confusão Aguda e Delirium: Importância Da Utilização De Instrumentos Psicométricos De Diagnóstico e/ou Rastreo. In Santos, B. & Sampaio, F., DA INVESTIGAÇÃO À PRÁTICA – Atas do III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (1ª Edição – p. 712-722). Porto: ISBN
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Plano De Reorganização Da Rede Dos Serviços De Urgência Do Serviço Nacional De Saúde. DE-SNS 203. 1-14. Disponível em https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Deliberacao-SU-Nacional.FA_2_signed.pdf
- Sosa, F., Roberti, J., Franco, M., Kleinert, M., Patrón, A. & Osatnik, J. (2018). Avaliação de delirium com uso do modelo PRE-DELIRIC em uma unidade de terapia intensiva na Argentina. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30 (1), 50-56. DOI: [10.5935/0103-507X.20180010](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180010)
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 31-39.
- The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach: Grades of Recommendations. Adelaide, Joanna Briggs Institute. Disponível em https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-ofrecommendation_2014.p
- The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach: Levels of Evidence. Adelaide, Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBILevels->

[ofevidence_2014_0.pdf](#)

- Tovar, L. & Castaño, Á. (2021). Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Av. Enferm.*, 39 (3), 1-22 DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.85828>
- Ungarian, J., Rankin, J. & Então, K. (2019). Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective?. *CriticalCareNurse*, 39 (4), e8-e21. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2019591>
- Unidade Local de Saúde do XXXX, E.P.E. [ULSXXXX, E.P.E.] (2024). *Missão, Atribuições e Legislação*. Unidade Local de Saúde do XX, EPE: <https://www.ulsXXXX.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
- Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido Novo ciclo de estudos. 1-216. Disponível em https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Weiss, B., Paul, N., Spies, C., Ullrich, D., Ansorge, I., Salih, F., Wolf, S. & Luetz, A. (2022). Influence of Patient-Specific Covariates on Test Validity of Two Delirium Screening Instruments in Neurocritical Care Patients (DEMON-ICU). *Neurocritical Care*, 36, 452–462 DOI: <https://doi.org/10.1007/s12028-021-01319-9>

APÊNDICES

Apêndice I – Método de Avaliação da Confusão Mental na UCI



Fonte: Elaboração própria, com base em Ungarian, J., Rankin, J. & Então, K. (2019). *Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective?*. *CriticalCareNurse*, 39 (4), e8- e21 & <https://www.icudelirium.org>

Apêndice II – Questionário Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico, em Contexto de Cuidados Intensivos

Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos

Olá a todos!

Sou aluna do 2º ano do 7º Mestrado em Associação em Enfermagem, com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica, e estou a realizar o Estágio Final na UCI do Hospital X. Venho por este meio solicitar aos Enfermeiros, que laboram no referido serviço, o preenchimento deste breve questionário, com o objetivo de colheita de dados sobre a necessidade formativa sobre o tema em questão, de modo a constituí-lo como Projeto de Intervenção.

Obrigado a todos pelo tempo disponibilizado!

Cumprimentos,

A.M.

Sabe o que é a Confusão Aguda/Delirium? *

- Sim
- Não

Tem Formação sobre Confusão Aguda/Delirium? *

- Sim
- Não

Conhece a Escala CAM-ICU (*Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* - Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos)? *

- Sim
- Não

Tem conhecimento de que a Escala CAM-UCI está parametrizada no sistema informático *BSimple*? *

Sim

Não

Enviar

Limpar formulário

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Apêndice III – Proposta de Trabalho de Projeto



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
PROPOSTA DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO COM RELATÓRIO/ TRABALHO DE PROJETO	
	Ano Letivo: <u>2023/2024</u>

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SA)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome completo: Andreia Filipa Conceição Magno

Curso: Mestrado em Enfermagem

Ramo/ Especialidade: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 967705993

E-mail: andreia.magno@hotmail.com

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português: Confusão Aguda/Delirium no Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos

Título em Inglês: Acute Confusion/Delirium in the Critically Patient in the Context of Intensive Care

7. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Maria do Céu Pinto Marques

Instituição de Ensino Superior: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus Évora

N.º Identificação Civil: 6977330 Tipo de Identificação: *BI CC Passaporte* Outro: Cartão Cidadão

Telef.: 965656710 E-mail: mcmarques@uevora.pt ID ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2658-3550

Nome: Maria Margarida da Palma Goes

Instituição de Ensino Superior: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus Évora

N.º Identificação Civil: 7423218 Tipo de Identificação: *BI CC Passaporte* Outro: Cartão Cidadão

Telef.: 963907309 E-mail: mgois@uevora.pt ID ORCID: 0000-0001-6017-6874

8. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): Ciências da Saúde

Palavras-chave (máximo 5 palavras): Confusão Aguda, Delirium, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO COM RELATÓRIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: <u>2023 / 2024</u>

1. RESUMO DO PROJETO (máx. 500 palavras)

A confusão aguda compreende-se como um diagnóstico de Enfermagem que se verifica aquando alterações do estado de consciência, da atenção, de comportamentos e pensamentos desorganizados, assim como modificações cognitivas que o doente pode apresentar aquando diversas causas (Moreira, 2019). Este significado coincide com a definição de *delirium*, no entanto este último associa-se habitualmente como diagnóstico médico. Podem estar presentes para este distúrbio diversas causas:

- Uma ou mais condições médicas como infeções sistémicas, alterações metabólicas ou hidroeletrólíticas, doenças crónicas, depressão ou alteração cognitiva prévia, doença do foro respiratório (hipoxia/hipoxemia prováveis), TCE, convulsões e anemia (Ponce & Mendes, 2015; Oliveira *et al.*, 2022 & Sampaio & Sequeira, 2012);
- Consumo de substâncias tóxicas como alcoolismo, tabagismo, cocaína, canabíoides, uso de medicação sedativa, analgesia opióide e psicoativa (Ponce & Mendes, 2015; Oliveira *et al.*, 2022 & Sampaio & Sequeira, 2012);
- Outros como “síndromes de privação”, “dor prolongada” (Ponce & Mendes, 2015, p.66) e contenção mecânica (Ponce & Mendes, 2015).

A pessoa que se apresente vulnerável num processo de doença aguda, é submetida a todas estas causas ambientais e iatrogénicas, pelo que é importante a prevenção e o controlo da confusão aguda/*delirium*, uma vez que quando não identificado ou vigiado “está associado a um aumento da mortalidade, tempo de internamento e incidência de infeção, bem como disfunção cognitiva permanente.” (Ponce & Mendes, 2015, p.66) Assim, assume-se a importância da avaliação e monitorização deste paradigma, principalmente em contexto de cuidados intensivos, pois tal como

nos alerta a RIL de Oliveira *et al.*, 2022 “A incidência do *delirium* no paciente crítico, foi determinada em todos os estudos incluídos” (Oliveira *et al.*, 2022, p. 8), podendo perceber a dimensão da problemática apresentada. Para a avaliação e monitorização da confusão aguda/*delirium* existem diversas escalas, sendo que a CAM-ICU (*Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* - Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos) foi descrita como o “instrumento ideal” em diversos estudos pela sua “facilidade de utilização, testes de desempenho, eficácia e importância clínica” (Sampaio & Sequeira, 2012, p.718 & Pereira, *et al.*, 2016). É recomendada a aplicação da Escala “em todos os turnos já que o delírium se caracteriza por ser uma perturbação flutuante” (Pereira, *et al.*, 2016, p. 31).

Considerando a realização do Estágio Final em contexto de cuidados intensivos e as evidências descritas anteriormente, foi identificada esta necessidade sob entrevista não estruturada pelos Enfermeiros, uma vez que ainda não se aplica qualquer método de avaliação para a problemática. Assim, torna-se importante a implementação desta avaliação no serviço, sendo essa a sustentação para a realização do Projeto de Intervenção.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Relativamente aos objetivos:

Objetivo Geral: - Capacitar os Enfermeiros da UCI para a utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico.

Objetivos Específicos: - Mapear as vantagens da utilização da escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico;

- Promover formação sobre confusão aguda/*delirium* e a escala CAM-ICU;
- Operacionalizar a escala CAM-ICU no sistema informático BSimple;
 - Utilizar a escala de avaliação para prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico em UCI;
- Avaliar a capacidade de utilização da escala CAM-ICU no sistema informático pelos Enfermeiros, através da utilização de *checklist* de avaliação.

Como estratégia de intervenção para a realização do Projeto, definiu-se, para a realização do artigo científico, a metodologia PCC em que: P- Doente crítico; C- Escala CAM-ICU e C- Cuidados Intensivos, uma vez que o que se pretende realizar é uma *Scoping Review* desenvolvida segundo o protocolo de *Joanna Briggs Institute* sob o modelo PRISMA-ScR (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises, com extensão para *Scoping Reviews*). Como Pergunta

de investigação surge: Quais as vantagens da utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico em UCI? Segue-se uma pesquisa bibliográfica avançada com as Palavras-Chave Confusão Aguda, *Delirium*, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica (Aguda e CAM-ICU são palavras não validadas no Decs/Mesh mas essenciais para a viabilidade da pesquisa). Para a metodologia de projeto (Diagnóstico da situação e definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados) pretende-se a utilização da fundamentação sob a teórica de Enfermagem June Larrabee, e para a sustentação da temática as teóricas de Enfermagem Afaf Meleis e Patricia Benner, pela transição de saúde-doença e pela complexidade de cuidados prestados no contexto referido. Para o diagnóstico de situação foi realizada uma entrevista não estruturada com a Enfermeira orientadora, os Enfermeiros do serviço e o Enfermeiro Chefe para identificação da necessidade manifestada, seguidamente foi realizada uma entrevista não estruturada também com a Professora orientadora para validação da necessidade apresentada e discussão do projeto de intervenção. Identificada a necessidade, foi pedida autorização para a realização do projeto ao Conselho de Administração do Hospital e aplicado um breve questionário aos Enfermeiros via *Google Forms* para levantamento da necessidade e posterior realização da Análise *Swot*. Para o desenvolvimento da metodologia, inserem-se as atividades a realizar no capítulo 3 - cronograma de atividades para as restantes etapas.

Como resultados esperados, o que se pretende é que os Enfermeiros utilizem a Escala CAM-ICU para prevenir e controlar a confusão aguda/*delirium* no doente crítico e assim, programar as suas intervenções de Enfermagem/Processo de Enfermagem em função dessa avaliação, contribuindo para o potencial de melhoria clínica do doente, prevenção de complicações e para a redução do tempo de internamento.

Relativamente ao processo de avaliação, após a realização da sessão de formação será aplicado um breve questionário aos Enfermeiros sobre a pertinência e a importância da temática (avaliação de processos). Após o término da sessão de formação, durante um intervalo de turnos, serão observadas as avaliações realizadas informaticamente pelos Enfermeiros na Escala CAM-ICU com recurso a observação e posterior preenchimento de *check list* de verificação, de modo a perceber a capacitação para utilizar a escala (avaliação de resultados).

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ETAPAS	AÇÃO	DIVISÃO CRONOLÓGICA	ANO MÊS QUINZENA	2023								2024								
				Set.		Out.		Nov.		Dez.		Jan.								
				1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª							
Planeamento	Apresentação e entrega do Pré-Projeto;																			
	Entrega de proposta de Projeto de estágio com relatório ao Conselho Técnico-Científico da Escola.																			
	Elaboração do cronograma do projeto;																			
	Definição das estratégias de pesquisa;																			
	Elaborar pedido de autorização ao autor da tradução Inglês-Português da Escala CAM-ICU para utilização da mesma;																			
	Início de pesquisa avançada.																			
Execução	Elaboração de <i>Scoping Review</i> ;																			
	Preparação de Sessão de formação sobre confusão aguda/delirium e a escala CAM-ICU;																			
	Operacionalizar a escala CAM-ICU no sistema informático <i>Bsimple</i> ;																			
	Apresentação da Sessão de formação sobre confusão aguda/delirium e a escala CAM-ICU;																			
	Disponibilização de guia informativo em cada posto de trabalho com computador com princípios chave de utilização da escala.																			
Avaliação	Aplicação de breve questionário via <i>Google Forms</i> sobre a sessão de formação e a pertinência do tema;																			
	Avaliação da utilização da Escala CAM-UCI através da observação do seu preenchimento pelos Enfermeiros, com recurso a checklist de verificação;																			
	Análise dos objetivos formulados.																			
Divulgação de Resultados	Divulgação da checklist de observação à equipa;																			
	Relatório do Projeto de Estágio.																			

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Ponce, P. & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva* (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2012). 59. Confusão Aguda E Delirium: Importância Da Utilização De Instrumentos Psicométricos De Diagnóstico e/ou Rastreo. In Santos, B. & Sampaio, F., *DA INVESTIGAÇÃO À PRÁTICA – Atas do III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (1ª Edição – p. 712-722). Porto: ISBN
- Oliveira, C., Nobre, C., Marques, R., Mendes, M. & Sousa, P. (2022, junho-23). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*. 13(2), 1-16 <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M., & Santos, M. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(9), 29-36.
- Moreira, D. (2019). Diagnósticos De Enfermagem Relacionados Ao Delirium. *Revista Sou Enfermagem*. 03(1):05-15.

Apêndice IV – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSXXX, E.P.E para realização do projeto de intervenção e posterior aprovação

Andreia Filipa Conceição Magno

Rua Manuel Elias de Moura Martins, Lote 21, Bairro dos Apóstolos

7300-577 Urra - Portalegre

967705993

3153@[REDACTED]-saude.pt

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração
Da Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Portalegre, 30 de outubro de 2023

Assunto: Autorização para realização de Projeto de Intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED], do Hospital [REDACTED].

Eu, Andreia Filipa Conceição Magno, portadora do Cartão de Cidadão nº 15153488 8 ZX2 válido até 13.04.2026, Enfermeira licenciada com a Cédula Profissional nº 92210, a exercer funções no Serviço de [REDACTED], com o nº mecanográfico 3153, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para realizar um Projeto de Intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, com o tema *Confusão Aguda/Delirium* no doente crítico em contexto de Cuidados Intensivos.

Este projeto enquadra-se no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

O projeto de intervenção terá início no mês de novembro de 2023, com término em janeiro de 2024, sendo supervisionado pelo Enfermeiro Chefe do serviço, Enfermeiro Gestor [REDACTED], pela Enfermeira Orientadora Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica [REDACTED], e pela docente orientadora da Unidade Curricular Professora Dr.^a Maria do Céu Marques.

O objetivo geral deste Projeto é capacitar os Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos para a utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/*delirium* no doente crítico. Para dar resposta ao objetivo geral, pretende-se a realização de sessão de formação sobre o tema, operacionalização da escala no sistema informático *BSimple* e iniciar a utilização da mesma, com avaliações uma vez por turno, para prevenir e controlar a confusão aguda/*delirium* no doente

crítico, uma vez que as mais recentes evidências científicas nos alertam para que quando se instala um quadro de confusão aguda/*delirium* associa-se um aumento da mortalidade, tempo de internamento e incidência de infeção, bem como disfunção cognitiva permanente. Assim, assume-se a importância da realização deste Projeto de Intervenção, para a monitorização da confusão aguda/*delirium*, para que o Processo de Enfermagem contribua para o potencial de melhoria clínica do doente, prevenção de complicações e para a redução do tempo de internamento.

Comprometo-me a garantir o anonimato e confidencialidade ao longo de todos os procedimentos para a realização deste Projeto, bem como a informar todos os intervenientes, fornecendo toda a documentação elaborada à Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED], do Hospital [REDACTED].

Pede Deferimento,

Portalegre, 30 de outubro de 2023



(Andreia Filipa Conceição Magno)

03/31

A-CA
2023.12.28.



INFORMAÇÃO

N.º33/2023, de 20 de dezembro

ATA 54/2023
Doc. 107

De: [Redacted]
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. [Redacted]
C/C:

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Confusão Aguda/delirium no doente crítico- utilização da Escala CAM-ICU".

<p>[Redacted]</p> <p>Conselho de Administração</p> <p>[Redacted]</p>	<p>DELIBERAÇÃO</p> <p>RESOLUÇÃO/DELIBERAÇÃO</p> <p>TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Confusão Aguda/delirium no doente crítico – utilização da Escala CAM-ICU.". À Requerente Enf.ª Andreia Filipa Conceição Magno, com conhecimento à Comissão de Ética.</p> <p>2023.12.28.</p>
--	--

A mestrand, Andreia Filipa Conceição Magno, a frequentar o mestrado de Enfermagem em Associação-especialização Médico-cirúrgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à [Redacted] para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Confusão Aguda/delirium no doente crítico- utilização da Escala CAM-ICU."

Cumpre apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado pela equipa onde a requerente exerce a sua atividade que a elaboração da instrução de trabalho contribui para a prevenir e controlar a confusão aguda do doente.

II- Objetivos

Como objetivo major, pretende-se capacitar os enfermeiros da UCI para a utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para colheita de dados será aplicado um questionário para avaliação da formação e pertinência do tema. Este projeto prende-se com a necessidade de prevenir e controlar a confusão aguda/delirium no doente crítico e permitir programar as intervenções de enfermagem em função da avaliação, contribuindo para a melhoria clínica do doente, prevenção de complicações e para a redução do tempo de internamento, como melhor resulta da informação descrita pela requerente.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.

MOD.07.ADM.02

(Mo)

20231276

20.12.23

Sandra Oliveira

GES 49

Página 1 de 2



O projeto de intervenção é desenvolvido pela trabalhadora que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para a melhoria clínica do doente, prevenção de complicações e para a redução do tempo de internamento.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção: *"Confusão Aguda/delirium no doente crítico- utilização da Escala CAM-ICU."*

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Andreia Filipa Conceição Magno;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética



**Apêndice V – Resumo nos idiomas Português, Inglês e Espanhol da Revisão de Escopo
“Confusão Aguda/Delirium no doente Crítico no Contexto de Cuidados Intensivos: Utilização
da Escala CAM-ICU como método preventivo”**

Confusão Aguda/Delirium no doente Crítico no Contexto de Cuidados Intensivos: Utilização da Escala CAM-ICU como método preventivo

Acute Confusion/Delirium in the Critically Patient in the Context of Intensive Care: Use of the CAM-ICU Scale as a preventive method

Andreia Filipa Conceição Magno *; Bárbara Machado Gomes**; Maria do Céu Mendes Pinto Marques ***³

R

Enquadramento: A confusão aguda/delirium surge na pessoa que se encontra vulnerável num processo de doença aguda, pelo facto de estar submetida a condições ambientais e iatrogénicas, e quando hospedada a síndrome associa-se “um aumento da mortalidade, tempo de internamento e incidência de infeção, bem como disfunção cognitiva permanente” (Ponce & Mendes, 2015, p.66), assim remete-se a importância da avaliação e, conseqüentemente, da prevenção e controlo da confusão aguda/delirium para a prevenção de complicações, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do doente.

E

Objetivo: Mapear as vantagens da utilização da escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão mental aguda/delirium no doente crítico.

S

Metodologia: Realizou-se uma revisão de escopo, com recurso a uma pesquisa avançada nas bases de dados BVS e EBSCOhost, onde, após a aplicação de critérios de inclusão e de exclusão, foram incluídos 7 artigos para análise segundo JBI.

U

Resultados: Identificou-se na amostra a elevada prevalência da confusão aguda/delirium no doente crítico. Foram identificados vários instrumentos de avaliação, onde se inclui a escala CAM-ICU (a de interesse para o estudo), através da qual se obtém o score “delirium presente” ou “delirium ausente” (mas com risco de) e se adequam as intervenções de Enfermagem para a prevenção e/ou o controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico segundo as necessidades do doente.

M

Conclusão: Considera-se imperativa a avaliação periódica da confusão aguda/delirium para a melhoria contínua da prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, pois com as intervenções de Enfermagem adequadas ao doente com CAM-ICU positivo (delirium presente), prevê-se uma redução do tempo de internamento, uma diminuição da taxa de mortalidade, bem como a maior probabilidade de manutenção do estado mental e cognição prévios.

O

Palavras-Chave: Confusão Aguda, Delirium, Cuidados Intensivos, CAM-ICU e Enfermagem Médico-Cirúrgica

³ *Enfermeira no Serviço de Medicina do Hospital Doutor José Maria Grande da ULSNA 7301-853, Portalegre, Portugal [andreia.magno@hotmail.com] e Aluna do 7º Mestrado com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha, análise e tratamento de dados, discussão e redação do artigo. Morada para correspondência: Rua Manuel Elias de Moura Martins, L 21 Bairro dos Apóstolos, 7300-577 Urra, Portalegre, Portugal;

** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica, orientadora da Unidade Curricular Estágio Final, Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira no Hospital Doutor José Maria Grande da ULSNA 7301-853, Portalegre, Portugal [barbarasemog@gmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, revisão, análise, discussão e redação do artigo;

*** Professora Doutora Orientadora da Unidade Curricular Estágio Final, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, 7000- 811, Évora, Portugal [mcarques@uevora.pt]. Contribuição no artigo: revisão, análise, discussão e redação do artigo.

Abstract

Background: Acute confusion/delirium arises in the person who is vulnerable in an acute disease process, due to the fact that they are subjected to environmental and iatrogenic conditions, and when the syndrome is hosted, it is associated with "an increase in mortality, length of hospital stay and incidence of infection, as well as permanent cognitive dysfunction" (Ponce & Mendes, 2015, p.66), thus referring to the importance of evaluation and, consequently, from the prevention and control of acute confusion/delirium to the prevention of complications. health promotion and improvement of the patient's quality of life.

Objective: To map the advantages of using the CAM-ICU scale in the prevention and control of acute mental confusion/delirium in critically ill patients.

Methodology: A scoping review was carried out, using an advanced search in the VHL and EBSCOhost databases, where, after applying inclusion and exclusion criteria, 7 articles were included for analysis according to JBI.

Results: A high prevalence of acute confusion/delirium in critically ill patients was identified in the sample. Several assessment instruments were identified, including the CAM-ICU scale (the one of interest for the study), through which the score "delirium present" or "delirium absent" (but at risk of) is obtained, and nursing interventions are adapted for the prevention and/or control of acute confusion/delirium in critically ill patients according to the patient's needs.

Conclusion: It is considered imperative to periodically assess acute confusion/delirium for the continuous improvement of quality nursing care, because with appropriate nursing interventions for patients with positive CAM-ICU (delirium present), a reduction in the length of hospital stay, a decrease in the mortality rate, as well as a greater probability of maintaining the previous mental state and cognition are expected.

Keywords: Acute Confusion, Delirium, Critical Care, CAM-ICU, and Medical-Surgical Nursing

Resumen

Marco contextual: La confusión/delirio agudo surge en la persona que es vulnerable en un proceso agudo de la enfermedad, debido a que está sometida a condiciones ambientales e iatrogénicas, y cuando se hospeda el síndrome se asocia con "un aumento de la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y la incidencia de infección, así como una disfunción cognitiva permanente" (Ponce y Mendes, 2015, p.66), refiriéndose así a la importancia de la evaluación y, En consecuencia, desde la prevención y el control de la confusión/delirio agudo hasta la prevención de complicaciones, promoción de la salud y mejora de la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Mapear las ventajas del uso de la escala CAM-UCI en la prevención y control de la confusión/delirio mental agudo en pacientes críticos.

Metodología: Se realizó una revisión exploratoria, mediante una búsqueda avanzada en las bases de datos BVS y EBSCOhost, donde, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 7 artículos para su análisis según JBI.

Resultados: Se identificó una alta prevalencia de confusión/delirio agudo en pacientes críticos. Se identificaron varios instrumentos de evaluación, entre ellos la escala CAM-UCI (la de interés para el estudio), a través de la cual se obtiene la puntuación "delirio presente" o "delirio ausente" (pero en riesgo de), y se adaptan las intervenciones de enfermería para la prevención y/o control de la confusión/delirio agudo en pacientes críticos de acuerdo con las necesidades del paciente.

Conclusión: Se considera imperativo evaluar periódicamente la confusión/delirio agudo para la mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, ya que con intervenciones de enfermería adecuadas para los pacientes con CAM-ICU (delirio presente) positivos, se espera una reducción en el tiempo de estancia hospitalaria, una disminución en la tasa de mortalidad, así como una mayor probabilidad de mantener el estado mental y cognitivo previo.

Palabras clave: Confusión Aguda, Delirio, Cuidados Críticos, CAM-UCI y Enfermería Médico-Quirúrgica

Apêndice VI – Síntese de Resultados da Revisão de Escopo “Confusão Aguda/Delirium no doente Crítico no Contexto de Cuidados Intensivos: Utilização da Escala CAM-ICU como método preventivo”

Título/Autor/Ano do estudo	Objetivo do Estudo	Total de participantes	Resultados	Período	Desenho do estudo
Artigo I “Assistência de enfermagem ao paciente com <i>delirium</i> na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa” por Gois, J., Vieira, T., Lourenco, B., Souza, D., Valentim, L. & Lidiane, R. em 2019	Avaliar o conhecimento da equipa de Enfermagem na identificação do doente com <i>Delirium</i> na Unidade de Terapia Intensiva.	Não se aplica. Foram incluídos 10 estudos com base numa pesquisa avançada em diferentes bases de dados.	Foi uniforme a prevalência de confusão aguda/ <i>delirium</i> em todos os estudos selecionados, evidenciando-se que “o tratamento mais efetivo do <i>delirium</i> ainda é o preventivo” (Gois <i>et al.</i> , 2019, p.3217) sendo por isso afirmada a necessidade formativa e de elaboração de protocolos de atuação para avaliar o doente com alterações comportamentais e com fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da síndrome. Aborda-se ainda o papel primordial da equipa de Enfermagem para aplicação da Escala CAM-ICU (Método de Avaliação da Confusão mental em Unidades de Cuidados Intensivos) uma vez ao dia ou uma vez por turno, consoante a necessidade apresentada pelo doente, uma vez que aplicando um breve teste ao doente com RASS \geq -3 consegue verificar-se a flutuação ou início agudo de confusão, a inatenção/falta de atenção, a alteração do estado de consciência e o pensamento desorganizado, dando indicação de presença de confusão aguda/ <i>delirium</i> e a necessidade de intervenção de enfermagem a nível ambiental, de mobilização precoce, de otimização do sono, fornecimento de equipamento e dispositivos essenciais para a cognição e estímulos do doente, facilitação de acesso à família e a pessoas significativas e controlo fisiológico.	Como critérios de inclusão aplicaram-se as publicações entre maio de 2013 a abril de 2018. A pesquisa para obtenção da amostra foi realizada entre os meses de março e abril do ano de 2018.	Revisão Integrativa da Literatura
Artigo II “Avaliação de <i>delirium</i> com uso do modelo PRE-DELIRIC em uma	“Descrever a incidência e os fatores de risco para <i>delirium</i> na	O modelo foi aplicado a 178 doentes	Cada vez mais estudos relatam que o risco do doente desenvolver confusão aguda/ <i>delirium</i> depende de uma complexa interação de fatores. O Modelo tem a finalidade de prever a incidência de confusão aguda/ <i>delirium</i> , a sua duração e a sua	O estudo foi realizado entre 1 de agosto de	Estudo observacional prospetivo de coorte

<p>unidade de terapia intensiva na Argentina” por Sosa, F., Roberti, J., Franco, M., Kleinert, M., Patrón, A. & Osatnik, J. em 2018</p>	<p>unidade de terapia intensiva de um hospital terciário de ensino na Argentina, e conduzir o primeiro estudo não europeu para explorar o desempenho do modelo <i>PRE-DELIRIC</i>” (Sosa <i>et al.</i>, 2018, p.52)</p>		<p>gravidade nas primeiras 24h de internamento na UCI, possibilitando a adoção atempada de intervenções preventivas para o desenvolvimento do mesmo.</p> <p>Dos 178 doentes incluídos, 49 desenvolveram CAM-ICU positivo, verificando-se maior incidência nos doentes com maior idade, sendo também o grupo com maior taxa de mortalidade. Também nos doentes críticos e com pneumonia grave se verificou alta incidência de confusão aguda/<i>delirium</i> e estes apresentaram maior incidência de sepsis e falência multiorgânica. Também na análise contrafactual se demonstrou que a confusão aguda/<i>delirium</i> prolonga o tempo de internamento na UCI.</p> <p>O Modelo PRE-DELIRIC predisse o desenvolvimento da síndrome com uma sensibilidade de aproximadamente 80%, verificando-se assim a sua importância para a prestação de cuidados.</p>	<p>2016 e 30 de janeiro de 2017</p>	
<p>Artigo III “O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico” por Oliveira, C., Nobre, C., Marques,</p>	<p>Identificar as intervenções de enfermagem no reconhecimento, na prevenção e no controlo do <i>delirium</i> no doente crítico.</p>	<p>Não se aplica. Foram incluídos 13 estudos com base numa pesquisa avançada em diferentes</p>	<p>Verificou-se a importância da anamnese para detetar fatores de risco de desenvolvimento da confusão aguda/<i>delirium</i> no doente crítico, descrevendo-se a demência como preditor associado à idade como o principal fator de risco não modificável nos estudos seleccionados. Identificou-se também a importância da existência de um protocolo de atuação para a sua prevenção com base em intervenções não farmacológicas, onde se verificou uma redução do tempo de confusão aguda/<i>delirium</i>, da sua incidência e do</p>	<p>Como critérios de inclusão aplicaram-se as publicações com data entre 2014 e 2018. A pesquisa para obtenção da</p>	<p>Revisão Integrativa da Literatura</p>

<p>R., Mendes, M. & Sousa, P. em 2022</p>		<p>bases de dados.</p>	<p>risco do seu desenvolvimento após a utilização das mesmas pela equipa de enfermagem, sendo estes os profissionais de saúde que estão 24h com o doente e que podem “prevenir o <i>delirium</i>, detetar precocemente e fornecer a intervenção precoce necessária” (Oliveira <i>et al.</i>, 2022, p. 6)</p> <p>3 dos 13 estudos abordam conhecimentos sobre 3 <i>bundles</i> diferentes: ABCDE ((<i>Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring and Management</i> e <i>Early Mobility</i>), <i>DPB</i> (<i>Delirium Prevention Bundle</i>) e “<i>MORE</i>” (<i>Music, Opening of blinds, Reorientation</i> e <i>Cognitive stimulation, Eye and Ear protocol</i>). Aquando a sua implementação, verificou-se como resultados em qualquer delas a redução de confusão aguda/<i>delirium</i> e, conseqüentemente, a diminuição da mortalidade.</p> <p>As intervenções que surgiram com maior frequência nos diferentes estudos foram as relacionadas com o ambiente, promotoras do sono, avaliação cognitiva e orientação dos doentes.</p>	<p>amostra foi realizada durante o mês de junho de 2019.</p>	
<p>Artigo IV Intervenciones efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de</p>	<p>“ Descrever as intervenções de cada componente do <i>bundle</i> ABCDEF e o seu</p>	<p>Não se aplica. Foram incluídos 23 estudos com base numa</p>	<p>Os artigos selecionados descrevem diversas intervenções de Enfermagem para cada letra na <i>bundle</i> ABCDEF:</p> <p>- A (Avaliação, prevenção e tratamento da dor): enumeram-se algumas escalas para avaliação da dor, sendo esta imprescindível a cada 2 horas; percebemos também a</p>	<p>Foram estabelecidos como critérios de inclusão as publicações</p>	<p>Revisão de Escopo</p>

<p>delirium: revisão de alcance” por Tovar, L. & Castaño, Á. Em 2021</p>	<p>papel na prevenção do tratamento de doentes internados em unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>na e do em bases dados.</p>	<p>pesquisa avançada em diferentes bases de dados.</p> <p>necessidade de administração de analgesia previamente a procedimentos invasivos e a adoção de medidas não farmacológicas para a prevenção da dor como musicoterapia, alternância de decúbitos, terapias de calor/frio e medidas de conforto;</p> <p>- B (Despertar e Respiração espontânea): Remete-nos para o alívio ou a interrupção da sedação e para a estimulação da respiração espontânea pelo menos uma vez ao dia, como critério de segurança para o doente;</p> <p>- C (Seleção de Analgesia e Sedação): As intervenções relatam a necessidade de avaliação da sedação através da escala de RASS de forma a manter o doente calmo e alerta, sendo que deve subvalorizar-se a analgesia e não a sedação, principalmente na utilização de benzodiazepinas, pelo síndrome de abstinência provável;</p> <p>- D (Monitorização e controlo do delirium): Evidencia-se a avaliação da confusão aguda/delirium através da escala CAM-ICU uma vez por turno ou, no mínimo, uma vez por dia, uma vez que permite uma avaliação neurológica que permite identificar fatores modificáveis e adotar intervenções não farmacológicas como a mobilização precoce, promoção do sono, redução de ruído, promoção de fontes luminosas durante o dia e a sua redução durante o período noturno, estimular a utilização de</p>	<p>com data entre 2012 e 2021.</p>	
---	---	--------------------------------	---	------------------------------------	--

			<p>aparelhos auditivos ou óculos para promover a cognição e orientação do doente e retirar os dispositivos médicos desnecessários;</p> <p>- E (Mobilização precoce e exercício): Os artigos selecionados enunciam o levante precoce, bem como o início de atividades de fisioterapia e mobilidade o mais atempadas possível, de modo a manter o potencial de dependência prévio do doente;</p> <p>- F (Envolvimento familiar): Deve ser promovida a envolvimento da família no plano de cuidados, bem como estimular as visitas ao doente da família ou de pessoa significativa para o mesmo.</p> <p>Com a aplicação da <i>bundle</i>, verificou-se as componentes B, C e E, mostraram mais efetividade na prevenção da confusão aguda/<i>delirium</i> e na redução da sua duração, assim como na redução do tempo de internamento, redução de dias de ventilação mecânica e redução da taxa de mortalidade no doente crítico.</p>		
<p>Artigo V Retrospective evaluation of a delirium order set utilizing nonpharmacologic</p>	<p>“ Avaliar o seguimento do controlo farmacológico do <i>delirium</i> após a alta da Unidade de Cuidados</p>	<p>Foram incluídos 100 doentes com idade igual ou superior a 18 anos, que tinham, como</p>	<p>O que diferiu o estudo piloto do tratamento padrão utilizado na referida Unidade para o doente com confusão aguda/<i>delirium</i> foram a prestação de cuidados onde foram instituídas intervenções não farmacológicas como “estratégias de primeira linha” (Taylor <i>et al.</i>, 2022, p. S39), verificando-se assim a redução da necessidade de intervenção farmacológica. Observou-se também que os doentes incluídos no estudo piloto</p>	<p>Foi selecionada a amostra considerando os doentes internados na Unidade entre</p>	<p>Estudo de coorte Retrospetivo</p>

<p>and pharmacologic interventions for the treatment of <i>delirium</i> in medical intensive care unit patients” por Taylor, A., Chen, A., Reddy, A., Lewandowski, A. & Torbic, H. em 2022</p>	<p>Intensivos em doentes que receberam o estudo piloto de <i>delirium</i>, comparando com os doentes que receberam o tratamento padrão.</p>	<p>critério de inclusão, recebido tratamento antipsicótico ou ácido valpróico para tratamento de <i>delirium</i>.</p>	<p>conseguiram reduzir significativamente a necessidade de utilização de medicação antipsicótica após a alta hospitalar.</p>	<p>maio de 2019 e janeiro de 2020</p>	
<p>Artigo VI “Assessment and Management of <i>Delirium</i> in Critically Ill Veterans” por Kresevic, D., Miller, D., Fuseck, C., Wade, M., Whitney, L., Conley, M., Rimac, J., Jacono, F., Wilson, H. & Burant, C. em 2020</p>	<p>Melhorar a qualidade, fomentando o conhecimento dos enfermeiros sobre o <i>delirium</i>, a sua avaliação e controlo.</p>	<p>Foram incluídos 67 enfermeiros.</p>	<p>Após a intervenção formativa, os enfermeiros documentaram a confiança nas suas avaliações da Escala CAM-ICU de menos de 50% para 99%, tal como aconteceu também na capacidade de utilização da <i>bundle</i> ABCDEF. Verificou-se, após a formação, a utilização de estratégias não farmacológicas bem como o levante e a mobilização precoce como intervenções para a prevenção da confusão aguda/<i>delirium</i>, uma vez que se verificou a diminuição de incidência do mesmo aquando das intervenções mencionadas.</p>	<p>A colheita de dados aconteceu em dois momentos. De janeiro a dezembro de 2016 realizou-se a avaliação inicial da necessidade formativa e a formação</p>	<p>Estudo Quase-Experimental</p>

				inicial. De Janeiro a Março de 2017, teve lugar a avaliação do conhecimento aprendido.	
Artigo VII “Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective?” por Ungarian, J., Rankin, J. & Então, K. em 2019	Perceber a fisiopatologia e os tipos de <i>delirium</i> , ferramentas para avaliação do mesmo e o uso de dexmedetomidina no seu controlo.	Não se aplica.	Concluem-se 3 tipos de <i>delirium</i> : hiperativo, hipoativo e misto. O primeiro associa-se a comportamentos perturbadores associados a agitação extrema, o segundo associa-se a apatia e, por último, a oscilação comportamental entre ambos. Para o controlo da confusão aguda/ <i>delirium</i> sugere-se a utilização de duas ferramentas de avaliação ICDSC e CAM-ICU. O método de avaliação da escala CAM-ICU, encontra-se explicada no artigo e pode ser consultada na Figura 1. Através das avaliações das escalas, podem ser identificados os doentes em risco de desenvolver a síndrome. Após essa perceção de risco, devem aplicar-se intervenções de prevenção, onde é evidenciada novamente a <i>bundle</i> ABCDEF para a intervenção não farmacológica. Relativamente à farmacologia, o estudo sugere evitar os benzodiazepínicos, uma vez que estes contribuem para o desenvolvimento da confusão aguda/ <i>delirium</i> . Já a	Não se aplica.	Consenso de Especialistas.

			dexmedetomidina pode ser uma vantagem no controlo e diminuição da incidência da confusão aguda/ <i>delirium</i> , comprovado em diversos estudos.		
--	--	--	---	--	--

Apêndice VII – Intervenções de Enfermagem para Prevenção e/ou Controlo da Confusão Aguda/Delirium no doente crítico no sistema informático *BSimple*

Diagnóstico Enfermagem detalhe

Delírio presente



Data Início *

Data Fim

Observações

Intervenções

INTERVENÇÕES FAVORITAS

- Monitorizar delírio através da Escala de CAM-ICU
- Avaliar a necessidade de contenção física
- Proporcionar orientação para a realidade
- Providenciar prótese auditiva
- Providenciar prótese ocular
- Otimizar ambiente físico
- Manter um ambiente com iluminação adequada que reduza contrastes fortes/ sombras e limitar níveis sonoros
- Monitorizar dor através da escala numérica da dor
- Vigiar a dor
- Aplicar medidas não-farmacológicas de alívio da dor
- Gerir visitas
- Promover envolvimento da família
- Incentivar a pessoa a alimentar-se
- Incentivar ingestão de líquidos

INTERVENÇÕES

AGENDAMENTO

Data Início *

Termo * Data Fim
 Após X intervenções
 Sem data fim

Frequência *

Observações

Apêndice VIII – Plano da Sessão de Formação em Serviço

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<p>Transmissão: Microsoft Teams</p> <p>Temática: Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/<i>delirium</i> no doente crítico</p> <p>Calendarização: 11.01.2024</p> <p>Horário: 17h30</p> <p>Duração: 01h00</p> <p>Preletora: Andreia Magno (Aluna do 7º Mestrado com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)</p> <p>Formandos: Todos os elementos da Equipa de Enfermagem da UCIDEM do Hospital X</p>

Objetivos

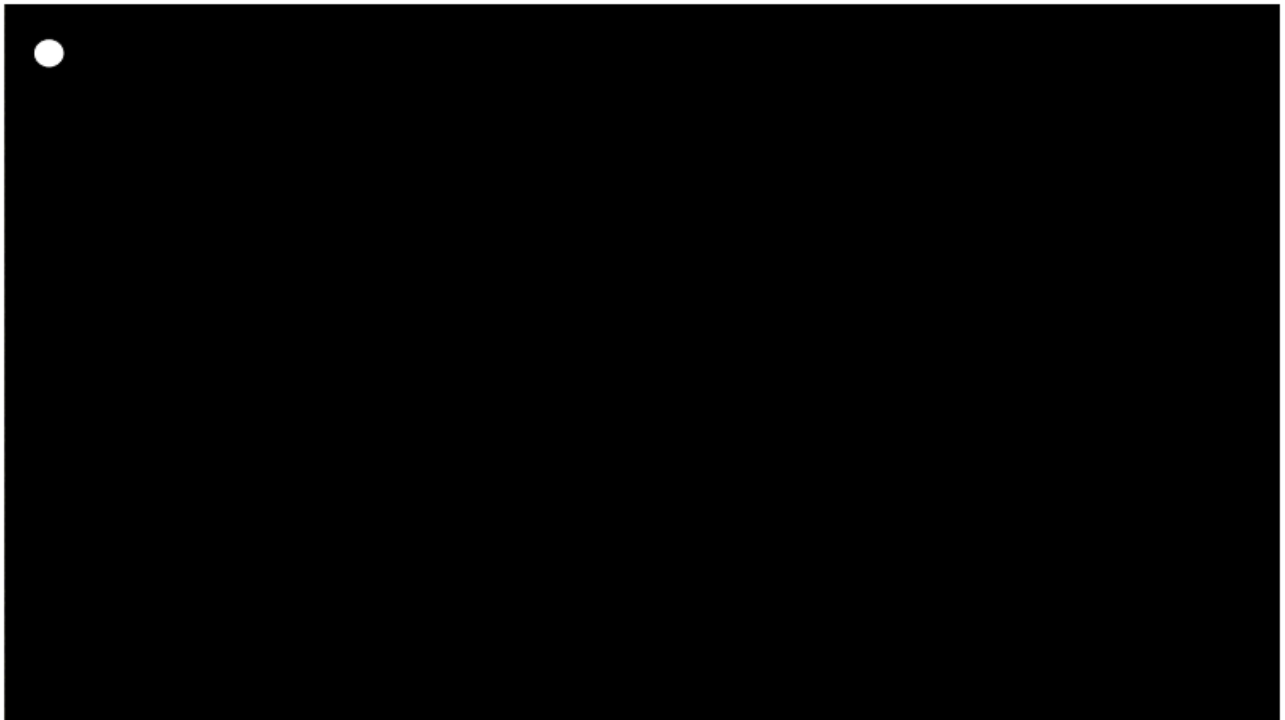
<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os Enfermeiros da UCI na utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/<i>delirium</i> no doente crítico. 	<p>Específicos:</p> <p>Que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Escala CAM-ICU apenas no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS; - Perceber que o doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h precisa de avaliação CAM-ICU; - Explicar ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU; - Perceber qual o estímulo mais adequado para o doente (apertar a mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos), evitando <i>viés</i>; - Cumprir os passos da Escala CAM-ICU; - Registrar o cuidado no BSimple; - Adequar as intervenções de Enfermagem perante o resultado.
---	---

	Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Avaliação
--	-----------	------------------------------	----------------------------	-----------

	<p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do preletor e do plano de formação; - Apresentação da temática. 	Expositivo	Computador e Multimédia	Avaliação da preletora, com base num questionário de avaliação da Sessão de Formação
	<p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento Teórico: <ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre confusão aguda/<i>delirium</i>; • Avaliação da confusão aguda/<i>delirium</i> através Escala CAM-ICU; • Intervenções de Enfermagem ao doente com CAM-ICU positivo. 	Expositivo, Demonstrativo e Interrogativo	Computador e Multimédia	
	<p>Conclusão:</p>	Expositivo e Interrogativo	Computador e Multimédia	

	<ul style="list-style-type: none">- Ideias centrais a reter;- Esclarecimento de dúvidas;- Apresentação de referências bibliográficas.			
--	---	--	--	--

Apêndice IX – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora
Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde
IPS
Faculdade de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. António Elias

A Escala CAM-ICU na Prevenção e Controlo da Confusão Aguda/*Delirium* no Doente Crítico

Unidade Curricular: Estágio II em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente da Unidade Curricular: Prof. Dra. Maria do Céu Marques
Enfermeira orientadora do Estágio II: Enf. Especialista em EMC-APSC Bárbara Gomes

Preletora: Andreia Magno (Aluna do 7º Mestrado com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)

janeiro, 2024



Plano da Sessão de Formação

<p>Transmissão: Microsoft Teams</p> <p>Temática: Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico</p> <p>Calendarização: 11.01.2024</p> <p>Horário: 17h30</p> <p>Duração: 01h00</p> <p>Preletora: Andreia Magno (Aluna do 7º Mestrado com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)</p> <p>Formandos: Todos os elementos da Equipa de Enfermagem da UCIDEM do Hospital X</p>					
<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os Enfermeiros da UCI na utilização da Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico. 	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a Escala CAM-ICU no doente com RASS ≥ -3 após aplicação da Escala de RASS; - Detetar precocemente o início dos sintomas; - Explicar ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU; - Identificar qual o estímulo mais adequado para o doente (apertar a mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos), evitando viés; - Adequar as intervenções de Enfermagem às necessidades do doente, resultantes da aplicação da Escala; - Fazer os registos no Bsimple. 	<p>Conteúdos</p> <p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do preletor e do plano de formação; - Apresentação da temática. <p>Desenvolvimento:</p> <p>Enquadramento Teórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerações sobre confusão aguda/delirium; • Avaliação da confusão aguda/delirium através Escala CAM-ICU; • Intervenções de Enfermagem ao doente com CAM-ICU positivo. <p>Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideias centrais a reter; - Esclarecimento de dúvidas; - Apresentação de referências bibliográficas. 	<p>Métodos e Técnicas de Ensino</p> <p>Expositivo</p> <p>Expositivo, Demonstrativo Interrogativo</p> <p>Expositivo Interrogativo</p>	<p>Meios Auxiliares de Ensino</p> <p>Computador e Multimédia</p> <p>Computador e Multimédia</p> <p>Computador e Multimédia</p>	<p>Avaliação</p> <p>Avaliação da preletora, com base num questionário de avaliação da Sessão de Formação</p> <p>Quadro 3 - Plano da Sessão de Formação Fonte: Própria da Autora</p>

Confusão Aguda / Delirium

Confusão Aguda = Delirium

Diagnóstico de Enfermagem = Diagnóstico Médico

Alteração do estado de consciência com diminuição da capacidade de manter, alterar ou focar a atenção, com comportamentos e pensamentos desorganizados, assim como com modificações cognitivas (memória, orientação e linguagem)

Delirium: O 7º Parâmetro Vital?

Delirium: The 7th Vital Sign?

Rita PRAYCE, Filipa QUARESMA, Isabel Galvão NETO
Acta Med Port 2016 Jan;31(1):81-88 • <https://doi.org/10.2026/ama.0673>

RESUMO

Introdução: O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante com início súbito frequente nos doentes internados, em particular na população geriátrica e paliativa.

Materiais e Métodos: Análise de uma breve revisão da literatura, os autores propuseram-se a sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do delirium, principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento, bem como o seu impacto socioeconómico.

Resultados e Discussão: O delirium é uma entidade pouco reconhecida pelos profissionais de saúde, que se associa a maior mortalidade e custos, interfere com a avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas e acarreta elevado distress nos doentes, famílias e profissionais de saúde. O melhor tratamento do delirium é a prevenção, que se baseia em intervenções multidisciplinares sob os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. A evidência científica para o tratamento do delirium existe, mas é escassa, sendo a terapêutica preferencial a não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser instituído de forma a prevenir que o doente se coloque em risco, nomeadamente através do uso de antipsicóticos.

Conclusão: O reconhecimento e prevenção do delirium são essenciais, pelo que é fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e apoio aos familiares. É por isso o impacto que tem nos serviços de saúde, nos profissionais e, sobretudo, nos doentes e seus familiares, que sugere maior atenção ao delirium e, porque não, pensar a considerá-lo como o 7º sinal vital.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Custo da Doença; Deliriodiagnóstico; Delirioeconómico; Delirioetiologia; Delirio/prevenção e controlo; Deliriotratamento

Considerar Antecedentes Pessoais (Demência)

O quadro de confusão aguda/delirium desenvolve-se num curto período (horas a dias) e tendem a flutuar ao longo das 24h.


Prevalência de confusão aguda/delirium "à admissão em cuidados intensivos a 83% - 87%" (Prayce, et al, 2018, p.53)

Causas da Confusão Aguda/ Delirium

- **Condições Médicas** (Infeções, Distúrbios metabólicos ou hidroeletrolíticos, Doenças Crónicas, Depressão/Alteração Cognitiva prévia, Doenças do Foro Respiratório, TCE e convulsões);
- **Consumos de substâncias tóxicas** (alcooolismo, tabagismo, cocaína, canabíoides, uso de medicação sedativa, analgesia opióide e psicoativa);
- **Outros** (síndromes de privação, dor prolongada e contenção mecânica).

(Ponce & Mendes, 2015; Oliveira *et al.*, 2022 & Sampaio & Sequeira, 2012)

Ambiente nas UCI muito propenso à instalação da sintomatologia pelas "características de isolamento, privação de luz solar, ruídos, falta de orientação no tempo e espaço (...)" (Eberle, *et al.*, 2019, p.1242) quadros de choque séptico, falência multiorgânica, etc...

Pré-delirium/Pré-deliric (um a três dias antes) com quadros de inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono.  **1º sinal de alerta**

Fisiopatologia - diminuição da atividade colinérgica acompanhada pelo aumento dopaminérgico, corroborada pela inatensão causada por medicação anticolinérgica.

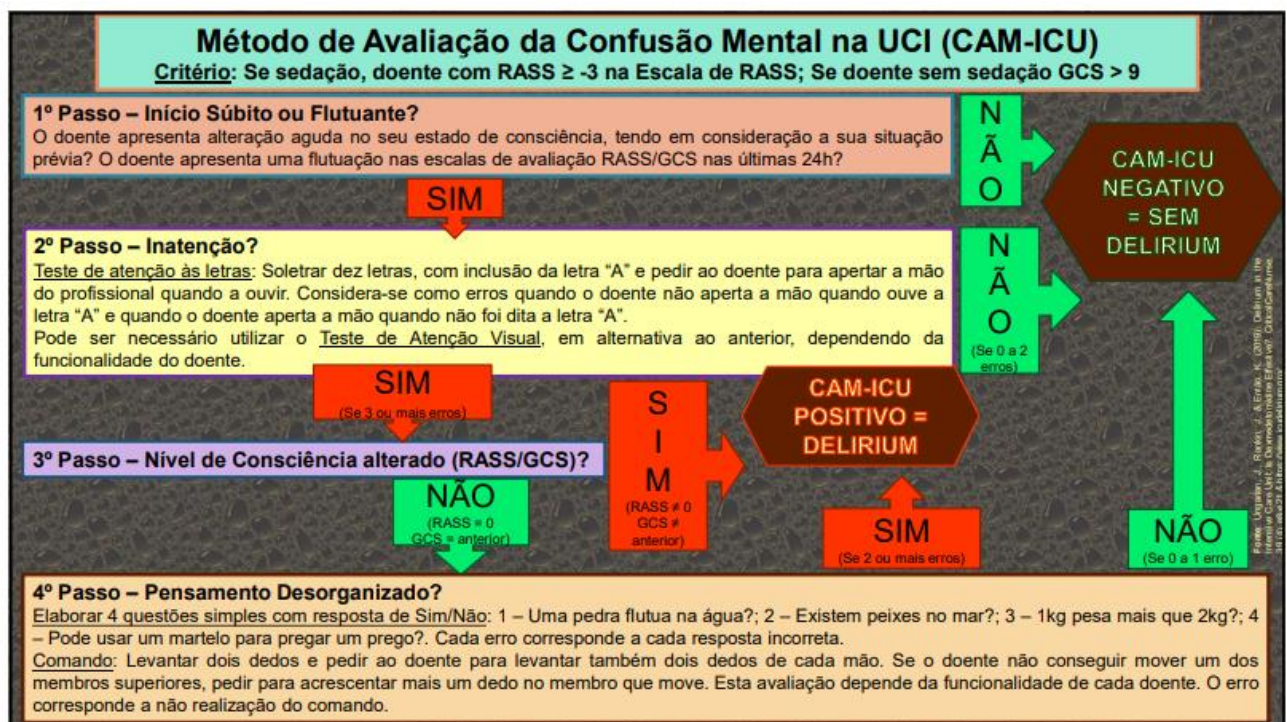
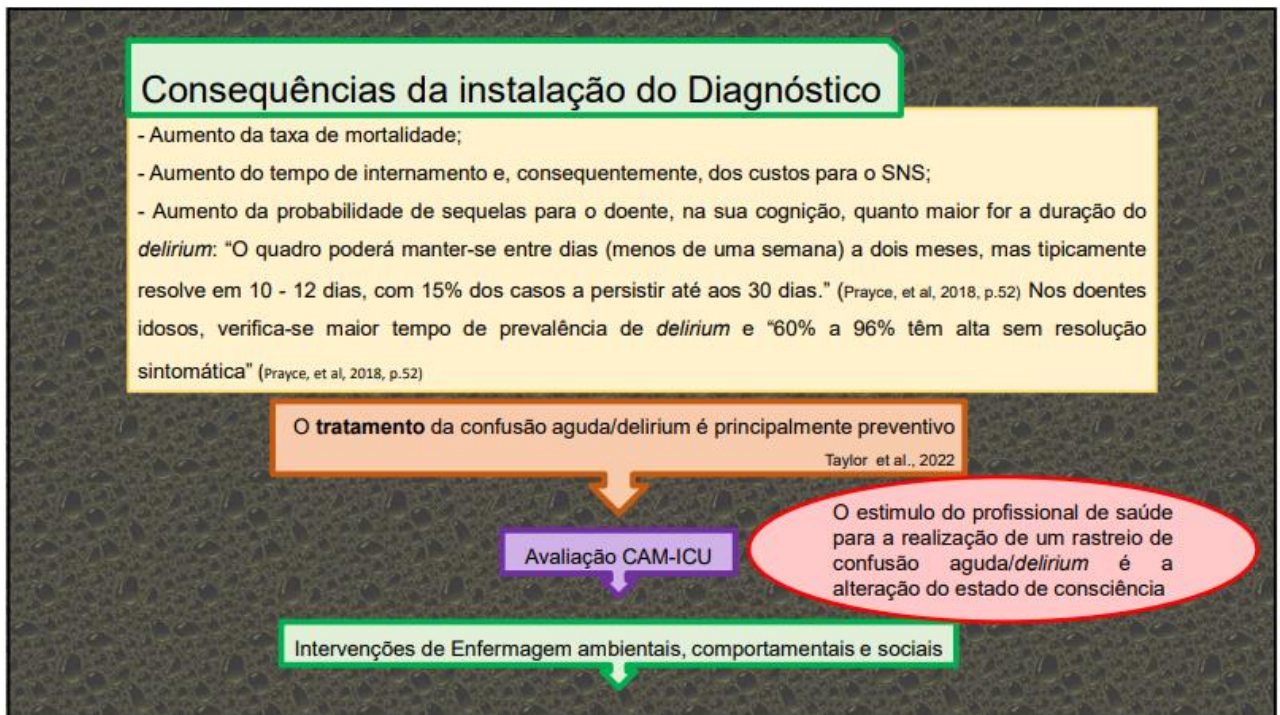
(Prayce, *et al.*, 2018)

Tipos de Delirium

Foram identificados sob a atividade psicomotora e o nível de vigilância do doente:

- **Hiperativo**: o doente apresenta agitação psicomotora, ansiedade, euforia ou irritabilidade. O doente está hiperalerta, tem distúrbios do sono e apresenta maior risco de queda.
- **Hipoativo**: ocorre quando o doente se apresenta hipoalerta, apresenta distúrbios do sono, tristeza, depressão. Pode mesmo apresentar-se hiporeativo, prostrado ou letárgico. Apresenta maior risco de infeção e de Lesões por pressão. Associa-se um **pior prognóstico** quando o doente evolui para um quadro de estupor/prostração.
- **Misto**: Flutuação entre os anteriores.

(Prayce *et al.*, 2018 & Ungarian *et al.*, 2019)




Plano B Teste de Atenção Visual (2º Passo)



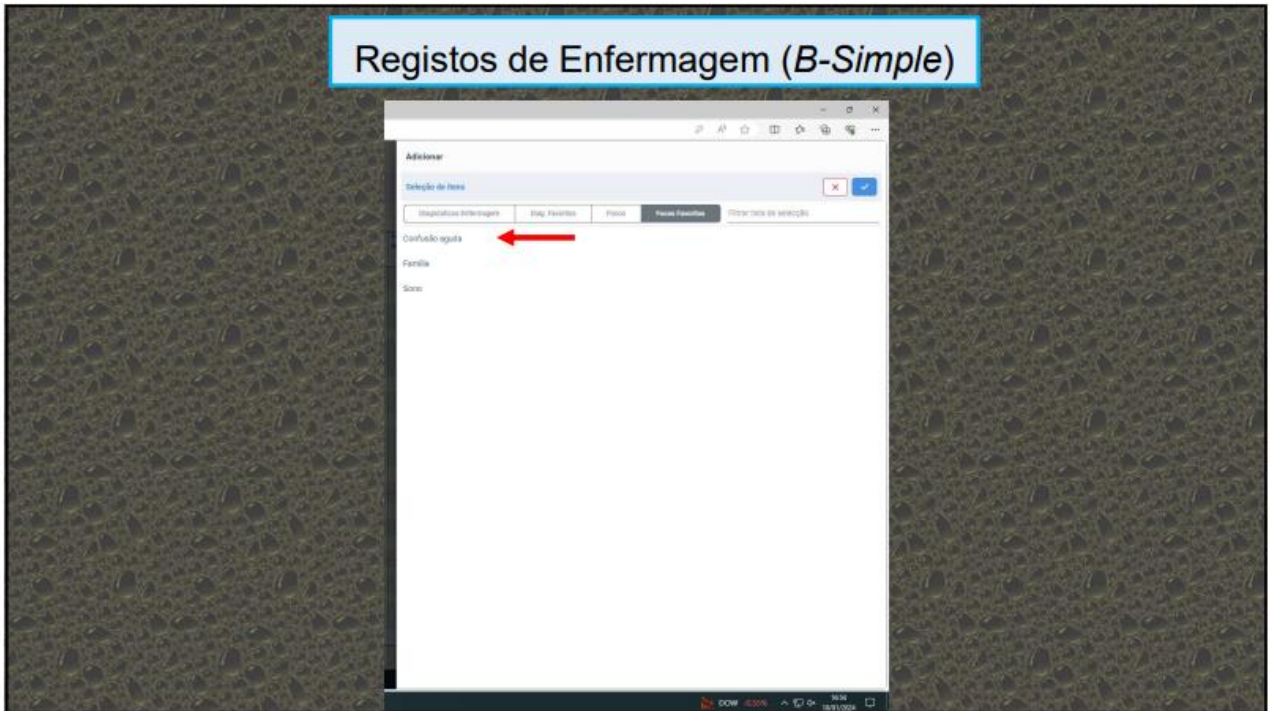
Plano B Teste de Pensamento Desorganizado (4º Passo)

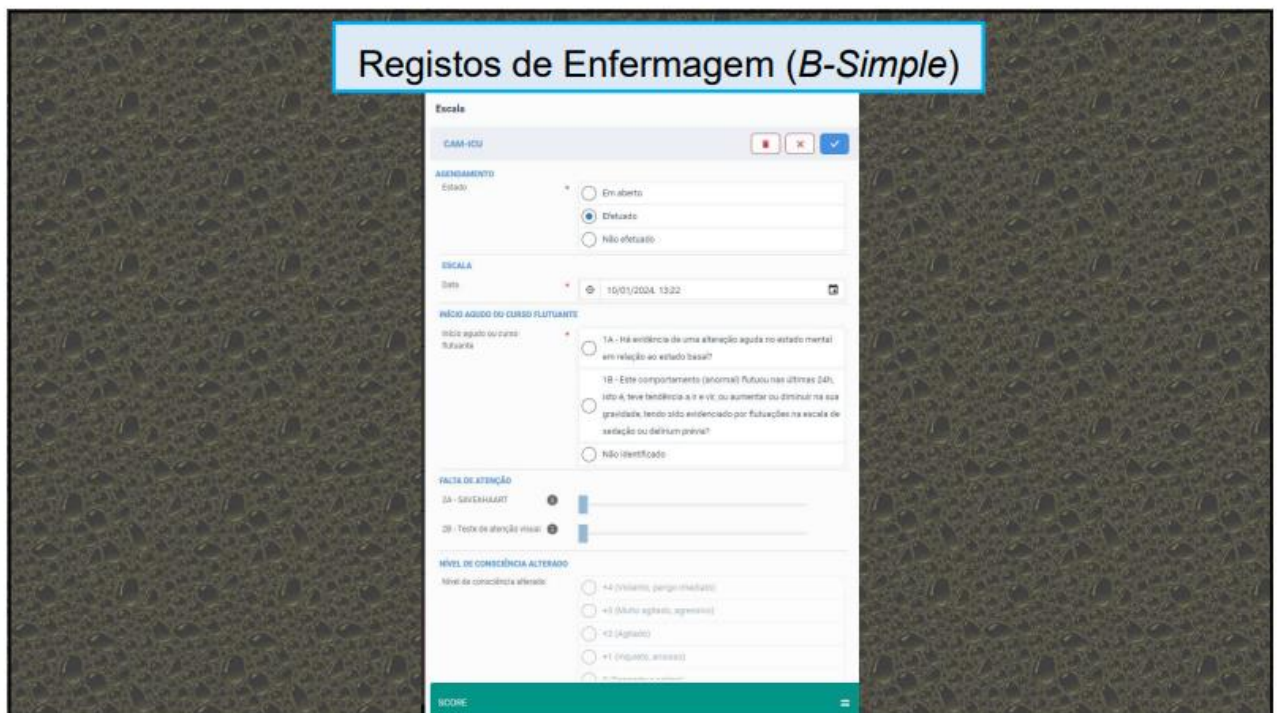
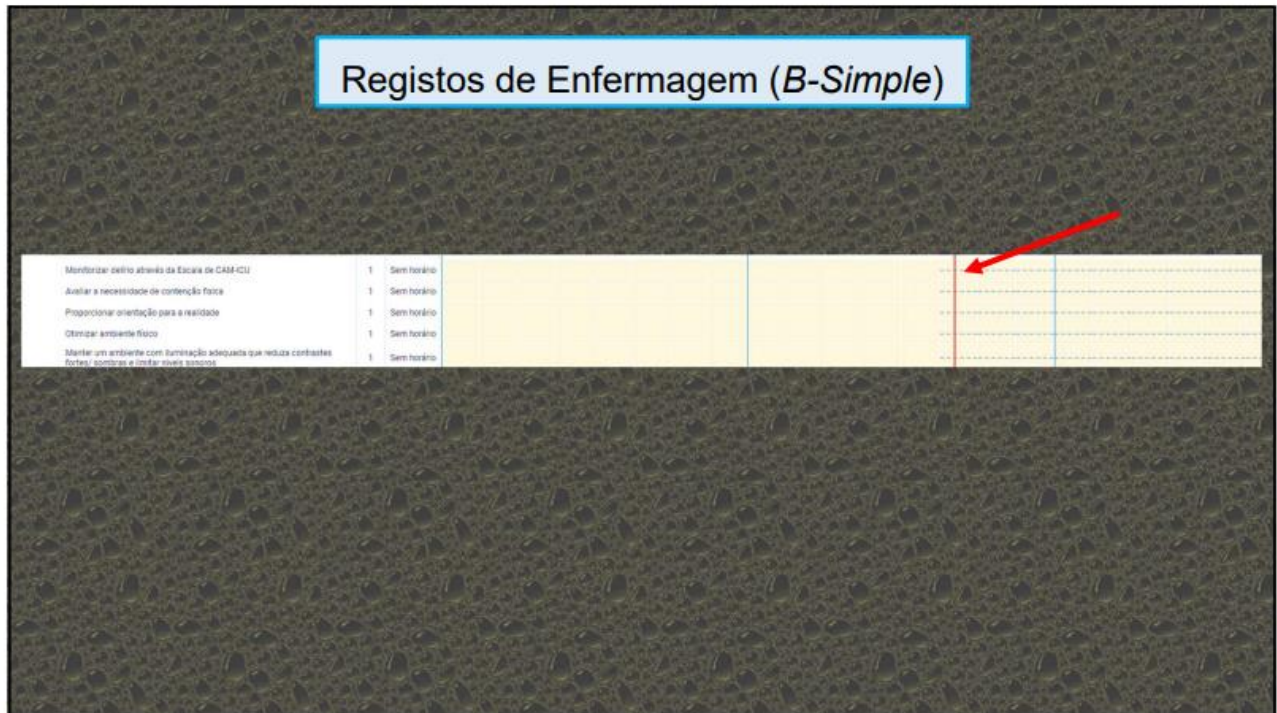
Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. 2Kg pesam mais que 1Kg?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?



<http://www.youtube.com/watch?v=3jz0t0e1a>





Registos de Enfermagem (B-Simple)

Escala

CAM-ICU

AGENDAMENTO
Estado: Em aberto Efetuado Não efetuado

ESCALA
Data: 10/01/2024 15:22

INÍCIO AGUDO OU CURSO FLUTUANTE AUSENTE
Início agudo ou curso flutuante: 1A - Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?
 1B - Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24h, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação ou delírium prévia?
 Não identificado

FALTA DE ATENÇÃO AUSENTE
2A - SAVEDHART
2B - Teste de atenção visual

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO
Nível de consciência alterado: ++ (Muito pouco/muito) +3 (Muito agitado/agressivo) +2 (Agitado) +1 (Inquieto/agitado) 0 (Normal)

SCORE = Ausente

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Escala

CAM-ICU

AGENDAMENTO
Estado: Em aberto Efetuado Não efetuado

ESCALA
Data: 10/01/2024 15:22

INÍCIO AGUDO OU CURSO FLUTUANTE PRESENTE
Início agudo ou curso flutuante: 1A - Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?
 1B - Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24h, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação ou delírium prévia?
 Não identificado

FALTA DE ATENÇÃO AUSENTE
2A - SAVEDHART
2B - Teste de atenção visual

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO
Nível de consciência alterado: ++ (Muito pouco/muito) +3 (Muito agitado/agressivo) +2 (Agitado) +1 (Inquieto/agitado) 0 (Normal)

SCORE = Ausente

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Registo dos erros

INFORMAÇÃO
Diga ao doente
"You ler-lhe uma série de 10 letras, sempre que ouvira a letra 'A' aperte a minha mão",
Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal à velocidade de 1 letra/s.

INFORMAÇÃO
SCORE: Os erros são contados quando o doente falha o aperto da mão aquando da letra 'A' e quando o doente aperta a mão em qualquer outra letra que não a 'A'

Escola
CAM-ICU
Não efetuado
ESCALA
Data: 10/01/2024, 13:22
INÍCIO AGUDO DO CURSO FLUTUANTE: PRESENTE
Início agudo no curso futuro
1A - Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?
1B - Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24h, isto é, teve tendência a ir e vir, ou a aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação ou delírium prévia?
NÍVEL DE ATENÇÃO
24 - SAVEDHABIT
25 - Teste de atenção visual
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO
Nível de consciência alterado
+4 (Violento, perigo imediato)
+3 (Muito agitado, agressivo)
+2 (Agitado)
+1 (Inquieto, ansioso)
0 (Desperto e calmo)
-1 (Sondolento)
-2 (Dêntado leve)
SCORE = Ausente

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Escola
CAM-ICU
Não efetuado
ESCALA
Data: 10/01/2024, 13:22
INÍCIO AGUDO DO CURSO FLUTUANTE: PRESENTE
Início agudo no curso futuro
1A - Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?
1B - Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24h, isto é, teve tendência a ir e vir, ou a aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação ou delírium prévia?
NÍVEL DE ATENÇÃO
24 - SAVEDHABIT
25 - Teste de atenção visual
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO
Nível de consciência alterado
+4 (Violento, perigo imediato)
+3 (Muito agitado, agressivo)
+2 (Agitado)
+1 (Inquieto, ansioso)
0 (Desperto e calmo)
-1 (Sondolento)
-2 (Dêntado leve)
SCORE = Ausente

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Delirium Hiperativo/Misto

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Delirium Hipoativo/Misto

Registos de Enfermagem (B-Simple)

INFORMAÇÃO

Conjunto A

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. 1Kg pesa mais que 2 Kg?
4. Pode usar-se um martelo para pregar um prego?

Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. 2Kg pesam mais que 1Kg?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

INFORMAÇÃO

Diga ao doente:
 Levante estes dedos (o examinador coloca dois dedos em frente do doente)
 Agora faça o mesmo com a outra mão (não repetir o nº de dedos)

Registos de Enfermagem (B-Simple)

INFORMAÇÃO

Diga ao doente:
 Levante estes dedos (o examinador coloca dois dedos em frente do doente)
 Agora faça o mesmo com a outra mão (não repetir o nº de dedos)

Registos de Enfermagem (B-Simple)

Escala

CAM-ICU

10 - Este comportamento (anormal) notou nas últimas 24h, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação ou delirium prévia?

Sim

Não identificado

FALTA DE ATENÇÃO PRESENTE

2A - SAUSAHABT

2B - Teste de atenção visual

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO AUSENTE

Nível de consciência alterado

+4 (Violento, perigo imediato)

+3 (Muito agitado, agressivo)

+2 (Agitado)

+1 (Inquieto, ansioso)

0 (Desperto e calmo)

-1 (Inconsciente)

-2 (Sedação ligera)

-3 (Sedação Moderada)

PENSAMENTO DESORGANIZADO PRESENTE

3A - Quantos S/N

3B - Outros

Observações

Observações

SCORE: = Presente

Conclusão

A monitorização da confusão aguda/delirium é uma **intervenção de Enfermagem autónoma** que previne complicações major, melhora a qualidade de vida, a segurança do doente e a promoção da saúde, tal como descrevem os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

(OE, 2015)

Bibliografia

- Eberle, C., Santos, A., Júnior, L. & Martins, J. (2019). O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista Online de Pesquisa O Cuidado É Fundamental*, 11(5), 1242-1249. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Oliveira, C., Nobre, C., Marques, R., Mendes, M. & Sousa, P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*, 13(2), 1-16. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª série, nº 123, de 26 de junho de 2015*. Lisboa, Portugal.
- Ponce, P. & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva (1ª edição)*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Prayce, R., Quaresma, F. & Neto, I. (2018). Delirium: o 7º Parâmetro Vital?: Artigo de revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51-58. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2012). 59. Confusão Aguda E Delirium: Importância Da Utilização De Instrumentos Psicométricos De Diagnóstico e/ou Rastreio. In Santos, B. & Sampaio, F., DA INVESTIGAÇÃO À PRÁTICA – Atas do III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (1ª Edição – p. 712-722). Porto: ISBN
- Taylor, A., Chen, A., Reddy, A., Lewandowski, A. & Torbic, H. (2022). Retrospective evaluation of a delirium order set utilizing nonpharmacologic and pharmacologic interventions for the treatment of delirium in medical intensive care unit patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 79 (2), 33-42. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxac042>
- Tovar, L. & Castaño, Á. (2021). Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Av. Enferm.*, 39 (3), 1-22 DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.85828>
- Ungarian, J., Rankin, J. & Então, K. (2019). Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective?. *CriticalCareNurse*, 39 (4), e8-e21. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2019591>

**OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!**

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeJSFzFNNYDGnySTpm3svrZ2_3IVHSe1pnaICRB0LKbk3uaKQ/viewform?usp=sf_link

Apêndice X – *Check List* de Observação para Avaliação de Produtos

CHECK LIST DE OBSERVAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE PRODUTOS CONFUSÃO AGUDA/DELIRIUM NO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

1 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS ou no doente com GCS $>$ 9 na Escala de GCS.

Sim Não Não aplicável

2 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h.

Sim Não Não aplicável

3 - O profissional explicou ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU.

Sim Não Não aplicável

4 - O profissional percebeu se o doente consegue apertar a sua mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos para que seja compreensível a sua resposta.

Sim Não Não aplicável

5 - O profissional cumpriu o 2º passo da Escala CAM-ICU e pediu ao doente o estímulo previamente identificado sempre que ouvisse a letra "A".

Sim Não Não aplicável

6 - O profissional identificou o RASS do doente segundo a Escala de RASS.

Sim Não Não aplicável

7 - O profissional pediu ao doente novamente o estímulo identificado quando uma resposta positiva e fez as 4 questões padrão de resposta simples.

Sim Não Não aplicável

8 - O profissional avalia a funcionalidade do doente e, segundo isso solicita para levantar 2 dedos de cada mão/ 3 da mesma mão.

Sim Não Não aplicável

9 - O profissional regista a avaliação no BSimple.

Sim Não Não aplicável

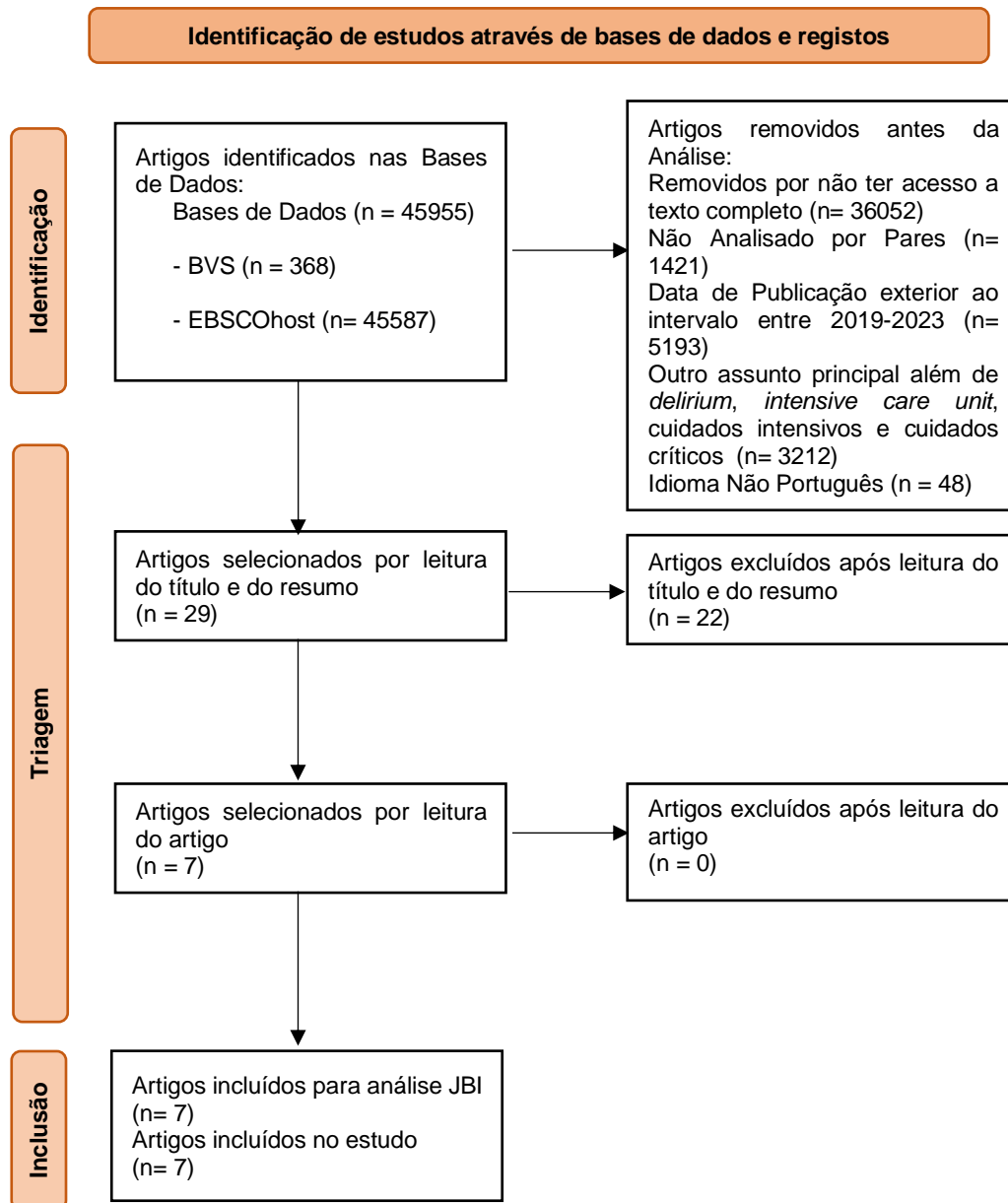
10 - Se CAM-ICU positivo, o profissional adequa o processo de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem ao doente com *delirium*.

Sim

Não

Não aplicável

Apêndice XI – Fluxograma Prisma



Apêndice XII – Questionário de Avaliação de processos



Avaliação da Sessão de Formação "Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico"

Desde já

quero agradecer a sua presença neste momento formativo. Requisito agora, a sua colaboração na avaliação desta formação, já que a sua opinião é de extrema importância para a melhoria do desempenho e da qualidade de formações futuras.

Informo que o seu retorno será anónimo, de forma a evitar viés de resposta.

Para cada afirmação, solicita-se a sua apreciação com base numa escala de avaliação numérica de 1 a 4, com a seguinte correspondência:

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Concordo
4. Concordo totalmente

Metodologia e Conteúdos da Formação:

Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes.

- 1
- 2
- 3
- 4

Os conteúdos apresentados são úteis para a prestação de cuidados de qualidade.

- 1
- 2
- 3
- 4

A formação correspondeu às suas expetativas.

- 1
- 2
- 3
- 4

Preletor:

O preletor apresentou domínio da temática e clareza na exposição do tema.

- 1
- 2
- 3
- 4

O preletor cumpriu com a duração do tempo prevista.

- 1
- 2
- 3
- 4

Fiquei satisfeito com a sessão de formação, de uma forma geral.

- 1
- 2
- 3
- 4

Críticas, sugestões e comentários:

A sua resposta _____

**OBRIGADO PELA SUA
PARTICIPAÇÃO!**

Google Formulários

Apêndice XIII – Registo das Avaliações CAM-ICU observadas

1 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS ou no doente com GCS $>$ 9 na Escala de GCS.

Sim Não Não aplicável

2 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h.

Sim Não Não aplicável

3 - O profissional explicou ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU.

Sim Não Não aplicável

4 - O profissional percebeu se o doente consegue apertar a sua mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos para que seja compreensível a sua resposta.

Sim Não Não aplicável

5 - O profissional cumpriu o 2º passo da Escala CAM-ICU e pediu ao doente o estímulo previamente identificado sempre que ouvisse a letra “A”.

Sim Não Não aplicável

6 - O profissional identificou o RASS do doente segundo a Escala de RASS.

Sim Não Não aplicável

7 - O profissional pediu ao doente novamente o estímulo identificado quando uma resposta positiva e fez as 4 questões padrão de resposta simples.

Sim Não Não aplicável

8 - O profissional avalia a funcionalidade do doente e, segundo isso solicita para levantar 2 dedos de cada mão/ 3 da mesma mão.

Sim Não Não aplicável

9 - O profissional regista a avaliação no BSimple.

Sim Não Não aplicável

10 - Se CAM-ICU positivo, o profissional adequa o processo de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem ao doente com *delirium*.

Sim Não Não aplicável

Avaliação 1

1 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS ou no doente com GCS $>$ 9 na Escala de GCS.

Sim Não Não aplicável

2 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h.

Sim Não Não aplicável

3 - O profissional explicou ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU.

Sim Não Não aplicável

4 - O profissional percebeu se o doente consegue apertar a sua mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos para que seja compreensível a sua resposta.

Sim Não Não aplicável

5 - O profissional cumpriu o 2º passo da Escala CAM-ICU e pediu ao doente o estímulo previamente identificado sempre que ouvisse a letra “A”.

Sim Não Não aplicável

6 - O profissional identificou o RASS do doente segundo a Escala de RASS.

Sim Não Não aplicável

7 - O profissional pediu ao doente novamente o estímulo identificado quando uma resposta positiva e fez as 4 questões padrão de resposta simples.

Sim Não Não aplicável

8 - O profissional avalia a funcionalidade do doente e, segundo isso solicita para levantar 2 dedos de cada mão/ 3 da mesma mão.

Sim Não Não aplicável

9 - O profissional regista a avaliação no BSimple.

Sim Não Não aplicável

10 - Se CAM-ICU positivo, o profissional adequa o processo de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem ao doente com *delirium*.

Sim Não Não aplicável

Avaliação 2

1 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS ou no doente com GCS $>$ 9 na Escala de GCS.

Sim Não Não aplicável

2 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h.

Sim Não Não aplicável

3 - O profissional explicou ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU.

Sim Não Não aplicável

4 - O profissional percebeu se o doente consegue apertar a sua mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos para que seja compreensível a sua resposta.

Sim Não Não aplicável

5 - O profissional cumpriu o 2º passo da Escala CAM-ICU e pediu ao doente o estímulo previamente identificado sempre que ouvisse a letra “A”.

Sim Não Não aplicável

6 - O profissional identificou o RASS do doente segundo a Escala de RASS.

Sim Não Não aplicável

7 - O profissional pediu ao doente novamente o estímulo identificado quando uma resposta positiva e fez as 4 questões padrão de resposta simples.

Sim Não Não aplicável

8 - O profissional avalia a funcionalidade do doente e, segundo isso solicita para levantar 2 dedos de cada mão/ 3 da mesma mão.

Sim Não Não aplicável

9 - O profissional regista a avaliação no BSimple.

Sim Não Não aplicável

10 - Se CAM-ICU positivo, o profissional adequa o processo de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem ao doente com *delirium*.

Sim Não Não aplicável

Avaliação 3

1 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com RASS \geq -3 na Escala de RASS ou no doente com GCS $>$ 9 na Escala de GCS.

Sim Não Não aplicável

2 - O profissional aplicou a Escala CAM-ICU no doente com início súbito de confusão aguda nas últimas 24h.

Sim Não Não aplicável

3 - O profissional explicou ao doente a aplicação da Escala CAM-ICU.

Sim Não Não aplicável

4 - O profissional percebeu se o doente consegue apertar a sua mão, acenar com a cabeça ou fechar os olhos para que seja compreensível a sua resposta.

Sim Não Não aplicável

5 - O profissional cumpriu o 2º passo da Escala CAM-ICU e pediu ao doente o estímulo previamente identificado sempre que ouvisse a letra “A”.

Sim Não Não aplicável

6 - O profissional identificou o RASS do doente segundo a Escala de RASS.

Sim Não Não aplicável

7 - O profissional pediu ao doente novamente o estímulo identificado quando uma resposta positiva e fez as 4 questões padrão de resposta simples.

Sim Não Não aplicável

8 - O profissional avalia a funcionalidade do doente e, segundo isso solicita para levantar 2 dedos de cada mão/ 3 da mesma mão.

Sim Não Não aplicável

9 - O profissional regista a avaliação no BSimple.

Sim Não Não aplicável

10 - Se CAM-ICU positivo, o profissional adequa o processo de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem ao doente com *delirium*.

Sim Não Não aplicável

Avaliação 4

Apêndice XIV – Infográfico do Projeto de Intervenção “Critérios de gravidade para ativação da Sala de Emergência do Serviço de Urgência”



Apêndice XV – Formação PPCIRA

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA FILIPA CONCEICAO MAGNO**, natural de Portalegre, nascido(a) em 12-05-1996, com o N^o de Cartão de Cidadão 15153488-8ZX2, válido até 13-04-2026, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA | ENFERMAGEM - TURMA II**, no(s) dia(s) 18 de Setembro de 2023, 16 de Outubro de 2023, com a duração de 35h00.

Portalegre, 13 de dezembro de 2023

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n^o 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n^o 1356/2023



PLANO CURRICULAR

Unidades de formação/módulos/outras designações	N.º Horas (Aprox.)
FUNDAMENTOS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE SAÚDE	25:00
EPIDEMIOLOGIA E MICROBIOLOGIA ASSOCIADAS A PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO	10:00
Conceitos básicos de prevenção e controlo de infeção;	
- Avaliação de risco individual e Institucional (na admissão e ao longo do internamento);	
- Riscos e problemática das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);	
- Competências em Prevenção e Controlo Infeção e Resistência a Antimicrobianos (RAM);	
- Organização da UL-PPCIRA institucional: composição e competências;	
- Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI);	
- Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT);	
- Formação e treino para a monitorização do cumprimento de Higiene das Mãos (Formadores de Observadores);	
- Feixes de Intervenção para a prevenção de infeções dependentes dos cuidados de saúde associados aos dispositivos e procedimentos invasivos:	
. Prevenção da Infeção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical	
. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico	
. Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central	
. Prevenção da Pneumonia Associada ao tubo endotraqueal / Ventilador	
. Auditoria uso e gestão de luvas e PBCI	
. Gestão de Surtos de infeção em serviços de saúde;	



- . Vigilância epidemiológica em serviços de saúde;
- . Auditorias em serviços de saúde
- . Procedimentos de Qualidade UL-PPCIRA
- . Normas DGS no âmbito da prevenção e controlo de infeção
- . Modelos UL-PPCIRA
- Microbiologia e Epidemiologia de Infeção Associada a Cuidados de Saúde: microrganismos epidemiologicamente importantes (Enterobacteriales Clostridióides, MRSA, outros);
- Metodologias e Vigilância epidemiológica;
- Laboratório de Microbiologia e apoio aos Clínicos, UL-PPCIRA;
- Resistência Antimicrobiana e Estratégias de Prevenção de Emergências;
- Metodologias Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA);
- Microrganismos Problema e Alerta;
- Metodologias PAPA / Antimicrobial / SteWardship.

Apêndice XVI – Projeto de Estágio SU

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente da Unidade Curricular: Prof. Dra. Maria do Céu Marques

Projeto de Estágio

Andreia Magno, nº 17070

junho
2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docentes da Unidade Curricular: Prof. Dra. Maria do Céu Marques

Projeto de Estágio

Andreia Magno, nº 17070

junho
2023

“O verdadeiro Enfermeiro é aquele que ama com o coração, observa com os olhos, toca com as mãos e auxilia com sabedoria.”
Reinaldo Cantalicio

Abreviaturas e símbolos

AO – Assistentes Operacionais

Dra. – Doutora

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. – Enfermeira(o)(as)(os)

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Prof. – Professora

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

Índice

INTRODUÇÃO	148
1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	150
2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	153
3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	156
CONCLUSÃO.....	159
BIBLIOGRAFIA.....	160

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Competências Comuns do Enf. Especialista	155
Tabela 2 - Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	158

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido como metodologia de orientação para a UC [Unidade Curricular] de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido no decorrer do 7º Mestrado em Associação, com Especialidade integrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica. Assim, este trabalho surge com o intuito de nortear a prática e as atividades a desenvolver no decorrer do Estágio, de modo a que estas se manifestem de encontro às Competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como às Competências específicas do Enfermeiro Especialista na área mencionada anteriormente.

O local de Estágio elegido será o Serviço de Urgência [SU] do Hospital X, orientado pela Enfermeira [Enf.] A.O. e pela Professora [Prof.] Doutora [Dra.] Maria do Céu Marques, decorrendo a partir de dia 22 de Maio até dia 25 de Junho, inclusive, com um total de 18 turnos efetivos.

De forma a avaliar que este trabalho concerne com o solicitado, foram traçados um conjunto de objetivos que irão auxiliar na sua estruturação. Assim, relativamente ao objetivo geral, considera-se que o presente trabalho, consiga:

- Dar resposta à UC de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de forma a ser um dos objetos preponderantes de avaliação.

Com o propósito de atingir o objetivo geral, determinam-se os seguintes objetivos específicos:

- Refletir sobre as Competências especializadas no exercício da profissão à Pessoa em Situação Crítica;
- Aplicar atividades/intervenções de Enfermagem alvo para cada unidade de Competência.

É imprescindível a familiarização com as Unidades de Competência e respetivos domínios enquanto futura Enfermeira Mestre e Especialista, de modo a nortear a minha prática na melhor e mais recente evidência científica, garantindo cuidados de Enfermagem seguros e de excelência, como nos remete o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

O trabalho é constituído pela presente introdução, de seguida pelo capítulo 1 que se destina à caracterização do serviço de Estágio, pelos capítulos 2 e 3 que dizem respeito às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, respetivamente, onde serão mencionados os domínios de competência e as atividades a desenvolver para cada um destes de modo a alcançar os objetivos mencionados

anteriormente, seguindo-se uma breve conclusão que reflete a importância da realização deste trabalho e análise de objetivos e, por fim, a Bibliografia, onde serão explanadas todas as referências bibliográficas utilizadas. O trabalho foi desenvolvido sob as normas de elaboração de trabalhos utilizada pelo Instituto Politécnico de Portalegre e sob as normas de referência bibliográficas da APA 7ª edição. Refere-se ainda a utilização do Novo Acordo Ortográfico Português.

1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O SU do referido Hospital caracteriza-se fisicamente por diversas divisões. Entrando pela porta exterior do Hospital do lado das Urgências, pode encontrar-se à direita um gabinete de serviço administrativo e à esquerda a sala de espera exterior dos doentes que recorrem aos serviços. Encontra-se também um posto de segurança e o gabinete de triagem à direita, posto destinado a um Enf., composto por um computador, um aparelho para avaliação de sinais vitais e de glicémia capilar, pulseiras de cor sob a triagem de Manchester (branca, azul, verde, amarela, cor de laranja e vermelha), um lavatório para higienização das mãos e uma solução de base alcoólica para desinfeção das mãos. Entrando na primeira porta de correr depois do posto de segurança, à esquerda encontra-se a sala de tratamentos verde com um gabinete médico, onde se encontra, por norma, um médico de clínica geral; e uma sala de tratamentos, pouco utilizada, mas que comporta cerca de 4 doentes, ou mais, consoante a necessidade do serviço. Nela apresentam-se também armários com material de consumo clínico; um lavatório para higienização das mãos e uma solução de base alcoólica; um carro para punção venosa que inclui todo o material necessário para a intervenção, bem como lixo para resíduos de categorias I e II (lixo preto, comum a resíduos domésticos), III (lixo branco, material com risco biológico) e IV (contentor amarelo de corto-perfurantes); vários aparelhos de avaliação de sinais vitais, rampas de oxigenoterapia, máquinas de avaliação de glicémia capilar e um computador. No mesmo corredor, à direita após a primeira porta de correr, encontra-se a sala de espera interior dos doentes com pulseira verde.

Seguindo em frente pelo corredor, encontra-se à direita a sala de espera da pediatria, e à esquerda a sala de tratamentos amarela (posto balcão), que se destina aos doentes que necessitam de administração de terapêutica ou vigilância, segundo as suas necessidades. Apresenta dois computadores, e em consequência dois postos de trabalho de Enfermagem, com armários com material de consumo clínico, vários aparelhos de avaliação de sinais vitais, rampas de oxigenoterapia, carro de punções (com as mesmas características referidas na sala de tratamentos verde), máquinas de avaliação de glicémia capilar e um carro de medicação descarregada sob um sistema informático, *Pyxis*, onde cada Enf. tem um número de utilizador, a entrada é sob impressão digital para segurança, e ao escrever o nome do doente cuja terapêutica deve estar prescrita no Sclínico Hospitalar, seleciona-a e o sistema abre a gaveta correspondente onde se encontra a terapêutica, informando também via ecrã do compartimento onde ela está inserida, minimizando o erro terapêutico. Quando é uma medicação de emergência que não se encontre na sala de emergência, e por norma ainda não está prescrita porque é emergente, pode escrever-se a palavra “emergência” e o sistema

assume toda a terapêutica que no carro se encontra, e após escolhermos a medicação pretendida, o processo é equivalente. Nesta sala, existe a capacidade também para vários doentes, consoante a necessidade do serviço, mas o ideal será 5 doentes, pela presença das 5 cortinas de coorte para garantir a individualidade e a privacidade de cada pessoa. Seguindo pelo corredor, onde podemos encontrar várias macas, cadeirões, cadeiras de rodas com e sem doentes, balas de oxigénio, ..., podemos encontrar à direita um posto administrativo que dá apoio a todos os processos burocráticos após decisão de internamento ou altas hospitalares; por detrás do posto administrativo encontra-se a sala de despejos, onde podemos encontrar todo o material para eliminação do doente (arrastadeiras, urinóis, fraldas, esponjas) e alguma roupa hospitalar. Do mesmo lado direito e ligeiramente à frente, podemos encontrar o gabinete de Enfermagem, constituído por 2 postos de trabalho com computador, destinados a registos e a processos burocráticos do Enf.; ainda neste lado do corredor, podemos encontrar o gabinete da chefia de Enfermagem onde podemos encontrar dois postos de trabalho, o do chefe de Enfermagem e o do segundo elemento. À frente, podemos encontrar do lado esquerdo do corredor a sala de Emergência, local foco para a aprendizagem no Estágio. Nela podemos encontrar um posto de trabalho com computador destinado ao médico e dois postos de trabalho com computador destinados a dois Enf., a sala compõe de duas unidades com duas macas destinatárias aos recetores de cuidados de emergência (doente crítico). Cada unidade compõe de um monitor cardíaco, uma rampa de oxigénio, um sistema de aspiração, uma bomba infusora que deve estar sempre conectada à eletricidade, e um armário com material de consumo clínico destinado à permeabilização da via aérea, respiração, circulação, eliminação, etc... (como tubos de guedel, ambu, tubos orotraqueais, kit de traqueias e traqueias, kit laringoscópio, sondas de aspiração, sondas nasogástricas, kit de cateter central, sondas vesicais, ... todo o material deve ser repostado diariamente segundo os stocks ideais, identificados em cada caixa, existindo diferentes tamanhos e calibres, incluindo pediátricos). Encontra-se na sala de emergência um balcão de trabalho, onde está presente toda a terapêutica mais utilizada em situação de emergência dividida e identificada em gavetas, bem como material de consumo clínico destinado à circulação, inerente a colocação de acessos venosos e administração de terapêutica endovenosa, este material também deve ser repostado diariamente nos turnos da manhã consoante os stocks ideais descritos, o mesmo deve acontecer para o material presente na sala de tratamentos amarela (balcão). Ainda na sala de emergência, podemos encontrar um aparelho para ventilação mecânica invasiva e não invasiva, um monitor cardíaco e uma bomba infusora suplente. Aquando a reposição do material mencionada anteriormente, devem ser também testados todos os equipamentos com a realização dos respetivos testes, ou após cada utilização dos mesmos. Tanto a reposição do material como o funcionamento dos equipamentos, deve ser registada pelo enfermeiro responsável pela sala de emergência e assinada pelo chefe de

equipa do turno. Ainda na sala de emergência, podem encontrar-se dois aparelhos eletrocardiógrafos para uso emergente, por norma utilizados pelo médico. Por fim, imediatamente à esquerda aquando a entrada na sala de emergência podemos encontrar um lavatório e uma solução de base alcoólica destinados à higienização e desinfeção das mãos. Relativamente à disponibilidade de soluções de base alcoólica, estas são limitadas e encontram-se em locais estratégicos para conhecimento apenas dos profissionais de saúde por segurança, derivada a afluência de doentes/familiares de todo o foro no serviço.

Seguindo pelo corredor, podemos encontrar à direita uma casa de banho destinada aos doentes e outra para os profissionais. À esquerda podemos encontrar a sala de pequena cirurgia onde, por norma, os doentes de cirurgia são observados pelo médico da especialidade. A sala dispõe de um posto com computador para o médico, de um lavatório e solução de base alcoólica para higienização e desinfeção das mãos, de uma maca para o doente com rampa de oxigénio e aparelho para avaliação de sinais vitais, e armários de material de consumo clínico. Curvando no corredor, podemos encontrar o posto de trabalho dos assistentes operacionais à direita e as diferentes salas das especialidades de psiquiatria, medicina e ortopedia à esquerda. Podemos ainda encontrar imediatamente antes da porta de correr que finda esta zona do SU e à direita, a sala de espera interior dos doentes com pulseira amarela, composto por duas casas de banho.

Se seguirmos em frente no posto dos assistentes operacionais, iremos encontrar outra porta de correr que separa o SU do Serviço de Observação [SO]. Este último compõe de três postos de trabalho, destinados a três Enf., cada um com cinco unidades para o doente, compostas por uma cama, uma mesa de cabeceira, uma rampa de oxigênio, um sistema de aspiração e um monitor cardíaco. Também podem encontrar-se nas salas do SO aparelhos para ventilação mecânica não invasiva, para utilização aquando necessidade do doente. Neste corredor à direita podemos encontrar uma sala destinada aos médicos, um quarto médico, a rouparia, a copa e o armazém de material de consumo clínico. No corredor encontra-se também um carro de emergência que dá apoio ao SO e um sistema de terapêutica *Pyxis*, equivalente ao descrito anteriormente, no entanto que comporta terapêutica armazenada no frigorífico, disposto fisicamente ao lado do carro de medicação *Pyxis*.

Relativamente à equipa de Enfermagem, é composta por 55 Enf., sendo 12 destes Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], 3 em Enfermagem de Reabilitação, 2 em Saúde Pública, 5 a realizar Mestrado com Especialidade integrada e 33 Enf. Generalistas. Relativamente ao plano de trabalho por turno, este é adquirido semanalmente com a divisão dos Enf. pelos postos de trabalho: SO, Apoio (responsável pelos doentes internados em corredor sem vaga no SO), Sala de Emergência, Chefe de Equipa, Balcão e Triagem.

2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se acessíveis na OE explanadas no Regulamento n.º 140/2019 e “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019, p.4744). Para melhor entendimento das atividades pretendidas a desenvolver no decorrer do Estágio, apresentam-se as mesmas consignadas em formato de tabela, concomitantes às unidades de competência correspondentes.

<u>Competências Comuns do Enf. Especialista</u>		<u>Atividade/Intervenção de Enfermagem</u>
A – Domínio da Responsabilidade e Profissional, Ética e Legal	A1 – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p.4746).	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar conhecimentos éticos e deontológicos para a tomada de decisão e resolução de problemas; - Estabelecer prioridades, considerando as necessidades apresentadas pelo doente/família, com base nos princípios, valores e experiência profissionais.
	A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, p.4746).	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de qualidade ao doente/família respeitando as suas crenças/culturas, isentos de juízos de valor; - Otimizar a segurança do doente, na partilha de informação e confidencialidade dos dados através do sigilo profissional;

		- Respeitar a dignidade, a privacidade e a vontade do doente/família em qualquer intervenção de Enfermagem.
B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	B1 – “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”(OE, 2019, p.4747).	- Prestar cuidados com base nas melhores e mais recentes evidências científicas; - Procurar necessidades do serviço junto da Enf. Orientadora e realizar formação sobre o potencial problema identificado, com vista à melhoria contínua.
	B2 – “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p.4747).	- Demonstrar disponibilidade e motivação para colaborar com a equipa em programas institucionais de melhoria de qualidade continua.
	B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019, p.4747).	- Identificar prontamente situações potenciais de risco, evitando-as e solucionando-as, com vista à gestão de risco; - Identificar o doente com pulseira de identificação e pulseira de provável alergia, se conhecida; - Otimizar um ambiente seguro para o doente/família; - Fomentar medidas de prevenção da doença e promoção da saúde.
C – Domínio da gestão dos cuidados	C1 – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019, p.4748).	- Envolver a equipa multidisciplinar para o cumprimento do processo terapêutico, atendendo às várias necessidades do doente/família; - Supervisionar tarefas, quando delegadas, mantendo a qualidade e segurança do cuidado prestado; - Nortear a prestação de cuidados pelas normas e protocolos institucionais;

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover um ambiente calmo, tranquilo e uma comunicação adequada e eficaz entre todos os profissionais.
	<p>C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p.4748).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a gestão do tempo e recursos humanos e materiais na prestação de cuidados; - Utilizar os recursos adequados e necessários ao cuidado a prestar, assegurando a sua qualidade e segurança, considerando que estes são finitos e não devem ser utilizados de forma desmesurada.
<p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens</p>	<p>D1 – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (OE, 2019, p.4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os limites de atuação; - Reconhecer as próprias limitações, solicitando ajuda e aquisição de novos conhecimentos; - Considerar as dificuldades sentidas e definir estratégias de adaptação.
	<p>D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019, p.4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter conhecimentos atualizados através da pesquisa na literatura mais recente, baseando a prática na melhor e mais recente evidência científica. - Interpretar, organizar e divulgar os dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional; - Realizar formação em Serviço, através de uma sessão de formação em serviço sobre uma temática em necessidade identificada pela Enf. Orientadora.

Tabela 2 - Competências Comuns do Enf. Especialista
 Fonte: Própria da Autora

3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica encontram-se disponíveis na OE, mais concretamente, no Regulamento n.º 429/2018 onde se apresentam, dentro das suas diversas áreas de abrangência (sendo a que importa para o presente trabalho será apenas a pessoa em situação crítica), os domínios pretendidos para a prestação de cuidados especializados e que têm “como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa” (OE, 2018, p.19360) através da implementação de um plano de Enfermagem com base nas necessidades identificadas no destinatário de cuidados e a sua família/comunidade com o objetivo da “deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.” (OE, 2018, p.19360). Assim, de forma a uniformizar a apresentação do trabalho, as atividades pretendidas a desenvolver no decorrer do Estágio, apresentam-se também transmitidas em formato de tabela, concomitantes às competências correspondentes.

<u>Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica</u>	<u>Atividade/Intervenção de Enfermagem</u>	
<p>1 – “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.” (OE, 2018, p.19363).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o doente/família e identificar o risco de doença crítica e/ou de falência orgânica e as necessidades; - Identificar evidências fisiológicas de dor ou mau estar no doente, quando este verbaliza as suas queixas e quando está incapaz de o fazer; - Garantir uma abordagem sistematizada com vista na resolução de todos os problemas identificados; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar terapêutica mediante indicação médica; - Adotar estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio de dor/mau estar e reavaliar o doente; - Manter o doente hemodinamicamente instável com monitorização e vigilância contínuas; - Identificar situações hemodinâmicas de instabilidade, comunicá-las de forma assertiva, com vista à sua resolução imediata; - Cumprir os algoritmos de suporte básico e avançado de vida; - Adotar estratégias de comunicação de más notícias, com base no estabelecimento de uma relação terapêutica para com o doente/família. 	
<p>2 – “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.” (OE, 2018, p.19363).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência e catástrofe institucional; - Contribuir para a prestação de cuidados numa situação de catástrofe, consoante delegação de funções do chefe de equipa na implementação do plano; - Conhecer a prática de cuidados de atuação com vista à preservação de vestígios quando se suspeita de prática de crime; - Prestar cuidados de qualidade e segurança ao doente/família, 	

	<p>atendendo às suas necessidades manifestadas/observadas, estabelecendo critérios de prioridade;</p> <p>- Encaminhar o doente/família para apoio psicológico, mediante necessidade.</p>	
<p>3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2018, p.19364).</p>	<p>- Refletir a prática de cuidados tendo em conta o controlo de infeção, cumprindo as normas de higienização e desinfeção das mãos e colocação de Equipamentos de Proteção Individual [EPI’s].</p> <p>- Conhecer e supervisionar o cumprimento dos planos de higienização e desinfeção do espaço físico do serviço a realizar pelos Assistentes Operacionais [AO];</p> <p>- Conhecer as diretrizes do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] hospitalar, com vista ao controlo e diminuição de risco para o desenvolvimento das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS].</p>	

Tabela 3 - Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
 Fonte: Própria da Autora

CONCLUSÃO

Tal como podemos encontrar no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, esta é definida como “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, 2015, p.17240), pelo que necessita de cuidados diferenciados e especializados. Assim, e como futura Enf. Especialista é imprescindível conhecer as competências que se acrescentam à prática de cuidados, tendo como suporte a prestação dos mesmos com qualidade, segurança, e baseados nas melhores e mais recentes evidências científicas. A realização do presente trabalho enriqueceu-me tanto a nível pessoal como profissional, na medida em que foi possível refletir sobre os objetivos/intervenções a realizar para conseguir atingir esse nível de prestação dos melhores cuidados. Assim, e contemplando com a realização e entrega do presente trabalho, julgam-se alcançados os objetivos definidos na introdução.

Para a realização do trabalho considera-se como ponto positivo a reflexão sobre as competências gerais do Enf. Especialista e as específicas do Enf. Especialista em EMC, assim como a disponibilidade para orientação por parte da docente responsável por esta Unidade Curricular. Como ponto negativo identifica-se o regime de trabalhadora-estudante, com realização de turnos rotativos no trabalho e no local de Estágio, o que limita a gestão de tempo na execução do trabalho.

Como proposta de intervenção futura manifesta-se a necessidade de realização de uma revisão integrativa da literatura, apoiada numa sessão de formação a apresentar em contexto do referido Estágio, de um tema que fomenta uma necessidade do local do mesmo.

BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª série, nº135 de 16 de junho de 2018*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diários da República, 2ª série, nº123 de 26 de junho de 2015*. Lisboa, Portugal.

Apêndice XVII – Projeto de Estágio UCI

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final (em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Docente da Unidade Curricular: Prof. Dra. Maria do Céu Marques

Projeto de Estágio Final

Andreia Magno, nº 17070

setembro
2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final (em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)
Docentes da Unidade Curricular: Prof. Dra. Maria do Céu Marques

Projeto de Estágio Final

Andreia Magno, nº 17070

setembro

Abreviaturas e símbolos

AO – Assistentes Operacionais

cm – centímetros

cc – centímetros cúbicos

Dra. – Doutora

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. – Enfermeira(o)(as)(os)

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

LA – linha arterial

MV – máscara de venturi

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Prof. – Professora

SABA - soluções antissépticas de base alcoólica

UC – Unidade Curricular

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Dr. E. M.

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO	167
1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	169
2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	172
3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO–CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	177
CONCLUSÃO.....	180
BIBLIOGRAFIA.....	181

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Competências Comuns do Enf. Especialista.....	176
Tabela 2 - Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	179

INTRODUÇÃO

O presente projeto foi realizado no âmbito da UC [Unidade Curricular] de Estágio Final em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] à Pessoa em Situação Crítica, integrada no plano de estudos do 7º Mestrado em Associação, com Especialidade integrada em EMC, a Pessoa em Situação Crítica. A concretização do trabalho tem como objetivo nortear a prática, as intervenções e os cuidados a prestar no decorrer do Estágio, de modo a que estas se afirmem em concordância com as Competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como com as competências específicas do Enfermeiro Especialista na área, visando uma prática de cuidados seguros e de qualidade.

O local de Estágio elegido é a Unidade de Cuidados Intensivos Dr. E.M. [UCIDEM] do Hospital X, orientado pela Enfermeira [Enf.] B.G. e pela Professora [Prof.] Doutora [Dra.] Maria do Céu Marques, decorrendo a partir de dia 11 de setembro de 2023 até dia 26 de janeiro de 2024, inclusive, com a realização de um total de 42 turnos efetivos, sendo possível conceder 10% de faltas e 10% de atividade formativa que também se verifique em conformidade com as competências específicas do Enf. Especialista (configurando-se assim, um total de 34 turnos).

Foram traçados um conjunto de objetivos que irão auxiliar na estrutura do trabalho, visando concretizar o pretendido. Assim, relativamente ao objetivo geral, considera-se que o trabalho consiga:

- Alcançar com positiva a UC de Estágio Final em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de forma a ser um dos objetos preponderantes de avaliação do ano letivo.

Por forma a conseguir o objetivo geral, traçam-se os seguintes objetivos específicos:

- Refletir sobre as competências comuns e especializadas no exercício da profissão à Pessoa em Situação Crítica;

- Estabelecer atividades/intervenções de Enfermagem, como meio facilitador para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada unidade de Competência.

O trabalho está estruturado pela presente introdução, de seguida pelo capítulo 1 que se destina à caracterização do serviço de Estágio, pelos capítulos 2 e 3 que dizem respeito às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências do Enfermeiro Especialista em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, respetivamente, onde serão explanados os domínios de competência e as atividades a desenvolver para cada um destes, de modo a alcançar os objetivos mencionados anteriormente. Segue-se uma breve conclusão que reflete a importância da realização deste trabalho e a análise dos objetivos traçados na introdução e, por fim, a Bibliografia, onde serão dispostas todas as referências bibliográficas utilizadas. O trabalho foi desenvolvido sob as normas de elaboração de trabalhos utilizada pelo Instituto Politécnico de

Portalegre e sob as normas de referência bibliográfica da APA 7ª edição. Refere-se ainda a utilização do Novo Acordo Ortográfico Português.

3 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Relativamente ao contexto do Estágio, tal como referido anteriormente, trata-se da UCIDEM do Hospital distrital X, é uma unidade funcional independente, que surgiu no ano de 1977, assumida Dr. E.M., tendo, por isso, sido nomeada consoante o mesmo. A UCIDEM é uma unidade polivalente, e encontra-se localizada no primeiro piso do Hospital, à entrada da mesma podemos encontrar imediatamente à direita o espaço administrativo do secretário de unidade. Seguindo pelo corredor, à direita, podemos encontrar ao fundo a zona dos vestiários feminino e masculino com casas de banho para os profissionais. A porta ao lado, é uma área de sujios e desinfeção, onde se encontram os dispositivos de eliminação para os doentes e a roupa suja. Podemos encontrar também o refeitório dos profissionais com entrada à esquerda do gabinete do secretário de unidade. Regressando ao corredor principal, na primeira porta à esquerda podemos encontrar um quarto médico, bem como uma sala com algum material clínico, como suportes, maquinaria clínica, etc.

Seguindo pelo corredor principal, na próxima sala à direita podemos encontrar a Unidade de Cuidados Intermédios, com 5 camas de nível II, todas dispostas de modo a serem visualizadas dos postos de trabalho de Enf.. Estas camas estão destinadas ao doente que necessita de monitorização e observação, com necessidade de “apoio de órgão, na falência ou risco de falência de um único órgão, contudo, não tem acesso contínuo a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas” (Matos, 2021, p. 23-24). Cada unidade do doente é composta por uma cama articulada, à direita da cama um suporte com seringas e bombas infusoras, à esquerda material de aspiração com vacuómetro, um doseador de oxigénio e respetivo humidificador, um ventilador para ventilação mecânica invasiva [VMI], um monitor cardíaco e suportes destinados a soros (por exemplo da linha arterial [LA]) ou frascos de alimentação entérica ou parentérica. Na sala existe um balcão com uma central de alarmes onde é visível toda a monitorização que cada doente possui, e após estabelecidos limites de alarme para o doente, a mesma é ativada; dois computadores (postos de trabalho de Enfermagem), também algum material de consumo clínico para preparação e administração de terapêutica. Na sala inclui-se um carro móvel com saco de roupa suja e roupa limpa necessária aos cuidados a prestar. Cada unidade do doente possui um carro de higiene próprio. Encontra-se também um carro móvel de pensos e de punção venosa periférica, com o material necessário para cada uma das técnicas. Pode ainda ser encontrado, devidamente identificado no posto B e marcada a sua localização com fita vermelha no chão, o carro de emergência de apoio à sala ligado à corrente, que inclui todo o material e terapêutica destinado a situações emergentes.

Regressando ao corredor principal, e na segunda porta à esquerda, pode ser encontrado o

gabinete médico. Na seguinte porta à esquerda localiza-se o gabinete da chefia de Enfermagem. Na terceira porta à esquerda, pode ser encontrada uma sala de armazém de material de consumo clínico, com o material devidamente identificado e organizado em diferentes caixas, bem como a roupa limpa. Na quarta porta à esquerda, encontra-se a sala de Enfermagem, onde se encontram os sistemas informáticos de retirada de medicação, *Pyxis*, onde cada Enf. tem um número de utilizador, a entrada é sob impressão digital para segurança, e ao escrever o nome do doente cuja terapêutica deve estar prescrita, a mesma pode ser retirada sob ordem e informação da sua localização no ecrã do sistema. Pode ser encontrado também um posto de trabalho com um computador e um sistema de impressão de etiquetas para identificação da terapêutica que se encontra junto do doente. Encontra-se também um gasómetro na sala, onde o Enf. é autónomo para a realização de gasometrias arteriais sempre que necessário, onde se identifica a colheita e se anexa ao doente, se consulta após curtos minutos o resultado e se envia para o sistema informático, de modo a assegurar o registo.

Regressando ao corredor principal, em frente encontramos a Unidade de Cuidados Intensivos, com 5 camas de nível III, sendo que uma delas está incluída num quarto individual para isolamento. Todas as camas estão dispostas de modo a serem visualizadas dos postos de trabalho de Enf. Estas camas destinam-se ao doente que necessita de suporte intensivo para manter duas ou mais das suas funções vitais e são designadas como “unidades que contemplam uma equipa de enfermagem e médica qualificada, dispondo de assistência com um intensivista em permanência. Estas unidades têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados.” (Matos, 2021, p. 24). Cada unidade do doente está equipada, à semelhança das unidades das camas de nível II, com uma cama articulada, à direita da cama uma rampa de suporte com seringas e bombas infusoras e uma mesa de cabeceira com gavetas; à esquerda, deve estar presente um sistema de aspiração com vacuómetro e água destilada para lavagem do sistema, um doseador de oxigénio e respetivo humidificador, um ventilador, um monitor cardíaco e respetivos cabos e suportes destinados a soros ou frascos de alimentação. Cada unidade do doente possui um carro de higiene próprio. Deve estar incluído na unidade do doente crítico diverso material necessário à prestação de cuidados, tendo em consideração a complexidade e a necessidade do doente, que deve ser repostos e substituídos sempre que necessário: duas seringas de 10, duas de 20 e uma de 100cc [centímetros cúbicos], uma máscara de venturi [MV], uns óculos nasais, uma sonda de oxigénio, doze elétrodos, uma pomada de vaselina esterilizada, uma pomada de vitamina A, uma sonda de aspiração rígida, um copo de vidro/ de plástico, um contentor de corto-perfurantes, um termómetro, um adesivo hipoalergénico de 1cm [centímetros], um adesivo comum de 5cm, um tubo de Guedel número [nº] 2 e nº 3, um pacote de compressas grandes e outro de compressas pequenas, três pinças-clamp azuis, três resguardos descartáveis impermeáveis, uma caixa de luvas tamanhos S, M e L, luvas esterilizadas (quatro embalagens por

tamanho), uma caixa de máscaras cirúrgicas, um estetoscópio, um insuflador manual, sondas de aspiração nº 14 (dez), nº 16 (oito) e nº 18 (seis), dois aventais de plástico e um soro fisiológico de 100cc com *transfer*. Em cada unidade do doente de Nível II e de Nível III estão disponíveis soluções antissépticas de base alcoólica [SABA], como medida de preventiva de controlo de infeção.

Na sala existe um balcão de trabalho, com material de consumo clínico e dois computadores com, consequentemente dois postos de trabalho de Enf. Está presente uma central de monitores com ecrã visível para os postos de trabalho, com leitura dos parâmetros a monitorizar em cada doente. Consoante os limites programados pelo Enf. a central alarma via sonora e visual qualquer alteração dos parâmetros estabelecidos. Na sala está ainda disponível um carro móvel com material de penso e de punção venosa periférica e outro com roupa limpa e saco próprio para depósito da roupa suja. Pode ainda ser encontrado, devidamente identificado no posto A e marcada a sua localização com fita vermelha no chão, o carro de emergência de apoio à sala ligado à corrente, que inclui todo o material e terapêutica destinado a situações emergentes.

Estão ainda disponíveis na Unidade outros dispositivos, disponibilizados para junto do doente apenas segundo a necessidade do mesmo, como duas máquinas de técnicas dialíticas, um ventilador de transporte, dois monitores de monitorização hemodinâmica avançado, três ventiladores não invasivos (dois *V60* e um *Vision*), um ecógrafo e um eletrocardiógrafo.

A equipa multidisciplinar é composta por 30 enfermeiros (incluindo o enfermeiro chefe, sendo que desse número 3 elementos são Enf. Especialistas em Saúde Comunitária, 10 são Enf. Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], 1 são Enf. Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 está em fase de conclusão da Especialidade de Enf. Médico-Cirúrgica, 1 está em fase de conclusão da Especialidade de Enf. de Reabilitação e 2 estão em fase de conclusão da Especialidade de Enf. de Saúde Materna e Obstetrícia. A equipa inclui ainda 13 assistentes operacionais, 1 secretário de unidade, a equipa médica possui 1 médico com funções de diretor, e outros elementos contratados ou do quadro do hospital, consoante as necessidades do serviço. As especialidades que colaboram com o serviço são Anestesiologia, Intensivismo, Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia, e Medicina Interna.

O rácio de Enf. durante a semana são 4/6/4 elementos nos três turnos, respetivamente. Nos turnos da manhã inclui-se nos 6 elementos o enfermeiro chefe, sendo que nos fins de semana esse rácio diminui para 5, igualando-se o rácio ao semanal nos restantes turnos. Existem 5 elementos com horário fixo, incluindo o enfermeiro chefe, sendo que a restante equipa trabalha sob turnos rotativos.

Quando o enfermeiro chefe não está presente, existe um elemento da equipa que é o responsável de turno, e que distribui os postos de trabalho sob método de enfermeiro responsável.

4 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se no Regulamento n.º 140/2019 da OE [Ordem dos Enfermeiros] e “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019, p.4744). No decurso do Estágio pretende-se desenvolver diversas atividades com as quais se pretende como finalidade a aquisição/desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assim, apresentam-se intervenções propostas a realizar depositadas em formato de tabela, acompanhadas pelas unidades de competência em questão.

<u>Competências Comuns do Enf. Especialista</u>		<u>Atividade/Intervenção de Enfermagem</u>	<u>Indicadores de Avaliação</u>
A – Domínio da Responsabilidade e Profissional, Ética e Legal	A1 – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p.4746).	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar os cuidados prestados numa prática profissional segura, ética e legal; - Demonstrar conhecimentos éticos e deontológicos para a tomada de decisão e resolução de problemas, tendo por base o código deontológico; - Estabelecer prioridades na prestação de cuidados no doente ou entre doentes, considerando as necessidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados tendo em conta o Código Deontológico, os princípios éticos e a responsabilidade profissional, ética e legal; - Presta cuidados ao doente e à família respeitando as suas culturas, crenças e valores.

		<p>apresentadas pelo doente/família, com base nos princípios, valores e experiência profissionais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequar a linguagem na construção da relação terapêutica com o doente/família, considerando os seus valores e as suas crenças, respeitando-as; - Contribuir para a confidencialidade dos dados do doente e para a segurança na transmissão de informação no seio da equipa. 	
	<p>A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, p.4746).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar ao doente/família os cuidados a prestar e compreender a sua perceção e a existência de dúvidas, que possam comprometer o cuidado; - Conferir cuidados de qualidade ao doente/família respeitando as suas crenças, culturas e valores, isentos de juízos de valor; - Otimizar a segurança do doente, na partilha de informação e na sua privacidade como um todo, através do sigilo profissional; - Respeitar a dignidade, a privacidade e a vontade do doente/família em qualquer intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Isenta qualquer juízo de valor da prestação dos cuidados ao doente e/ou família; - Respeita a decisão do doente e coloca a sua dignidade na prestação de qualquer cuidado.

<p>B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</p>	<p>B1 – “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”(OE, 2019, p.4747).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de experiências e conhecimento, fomentando um diálogo positivo e enriquecedor no seio da equipa; - Conferir a prestação de cuidados com base nas melhores e mais recentes evidências científicas; - Procurar necessidades do serviço junto da equipa e realizar formação sobre a necessidade identificada (<i>Delirium</i> no doente crítico – com utilização de escala), com vista à melhoria contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomenta o diálogo e o ambiente positivo no seio da equipa; - Presta cuidados segundo as mais recentes evidências; - Realiza uma sessão de formação sobre uma necessidade identificada pela equipa.
	<p>B2 – “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p.4747).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na execução da prática clínica segundo os protocolos, rotinas e normas de procedimentos do serviço, com vista à otimização dos cuidados, bem como à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; - Mostrar disponibilidade e motivação para colaborar com a equipa em programas institucionais de melhoria de qualidade continua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribui em programas de melhoria contínua da qualidade; - Elabora um projeto de intervenção para implementação; - Elabora uma sessão de formação baseada na execução de um artigo científico sobre uma necessidade de melhoria identificada.
	<p>B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019, p.4747).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situações que comprometam a segurança do doente/família, evitando-as, fomentando um ambiente seguro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecipa riscos clínicos e riscos não clínicos, minimizando o erro e maximizando a segurança do doente e/ou família;

		<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar a identificação do doente, sob consulta da pulseira de identificação; - Proteger o doente/família, fomentando um ambiente acolhedor que permita expressarem-se dúvidas, sentimentos e necessidades espirituais; - Efetuar o registo no sistema informático de todo o cuidado prestado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomenta a relação terapêutica, de confiança e de ajuda com o doente e/ou família.
C – Domínio da gestão dos cuidados	C1 – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019, p.4748).	<ul style="list-style-type: none"> - Participar na tomada de decisão do plano de cuidados a prestar ao doente/família que necessita de cuidados complexos; - Reconhecer os limites de atuação e encaminhar para outro profissional da equipa multidisciplinar; - Promover um ambiente calmo, plácido e uma comunicação eficaz entre os profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperar com a equipa nos processos de tomada de decisão; - Promove a comunicação com todos os elementos da equipa multidisciplinar.
	C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p.4748).	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os recursos humanos e materiais existentes no serviço e gerir a sua utilização; - Adequar os recursos necessários ao cuidado a prestar, assegurando a sua qualidade e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeia o cuidado a prestar e organiza os recursos necessários; - Acompanha um turno de apoio à gestão de recursos humanos e materiais.
	D1 – “Desenvolve o autoconhecimento e a	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as situações de alarme e agir com prontidão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica estratégias de <i>coping</i> para gerir os seus sentimentos e emoções;

<p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens</p>	<p>assertividade.” (OE, 2019, p.4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as próprias limitações, solicitando ajuda, potenciando a aquisição de novos conhecimentos; - Considerar as dificuldades sentidas e definir estratégias de adaptação; - Gerir emoções e sentimentos, evitando que estes interfiram na prestação de cuidados ao doente/família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica os pontos fortes e pontos fracos, reconhecendo as suas limitações pessoais e profissionais.
	<p>D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019, p.4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sustentar conhecimentos atualizados através da pesquisa na literatura mais recente, prestando cuidados com base na melhor e mais recente evidência científica. - Identificar necessidades formativas do serviço; - Realizar formação em Serviço, através de uma sessão de formação em serviço sobre <i>Delirium</i> no doente crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados consoante as evidências científicas mais recentes; - Colmata pelo menos uma necessidade formativa do serviço.

Tabela 4 - Competências Comuns do Enf. Especialista

Fonte: Própria da Autora

3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO–CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica estão descritas no Regulamento n.º 429/2018 que, dentro das suas diversas áreas de abrangência, a supracitada é a de relevância para o presente trabalho. Na prestação de cuidados especializados o essencial é a melhoria da qualidade de vida do doente segundo um plano de Enfermagem com base nas necessidades identificadas ao mesmo e à sua família/comunidade com o objetivo da “deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.” (OE, 2018, p.19360). Ao longo do Estágio pretende-se desenvolver diversas intervenções, cujo desígnio é a obtenção de competências específicas nesta área. Assim, apresentam-se descritas as intervenções propostas a realizar em formato de tabela, para cada unidade de competência específica.

<u>Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica</u>	<u>Atividade/Intervenção de Enfermagem</u>	<u>Indicadores de Avaliação</u>
1 – “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o doente e identificar a sua instabilidade, e comunicá-la de forma assertiva; - Adequar medidas necessárias para dar resposta à instabilidade do doente; - Aprofundar conhecimentos sobre VMI, não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo e modos ventilatórios; - Consolidar os cuidados de qualidade a prestar ao doente entubado orotraquealmente e com traqueostomia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Presta cuidados ao doente crítico e manifesta conhecimento em diferentes áreas de atuação; - Atua na instabilidade e agravamento do estado clínico do doente; - Procura conhecimento em situações que lhe são iniciadas;

<p>crítica e/ou falência orgânica.” (OE, 2018, p.19363).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados a dispositivos intravasculares com pouco contacto na experiência profissional; - Aprofundar conhecimentos na terapia de substituição renal, monitorização hemodinâmica avançada, sedação e analgesia; - Identificar evidências fisiológicas de dor, esgar de dor ou mau estar no doente, quando este expressa as suas queixas e quando está incapaz de o fazer; - Administrar terapêutica mediante indicação médica; - Manter o doente crítico com monitorização e vigilância contínuas, e aprofundar conhecimentos de interpretação de parâmetros; - Consolidar capacidades na interpretação eletrocardiográfica; - Demonstrar e aprofundar habilidades nos algoritmos de suporte básico e avançado de vida; - Adotar estratégias de comunicação de (más) notícias ao doente/família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece normas internas e protocolos para a uniformização dos cuidados; - Colabora com a equipa multidisciplinar, potenciando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; - Adquire métodos de comunicação de más notícias.
<p>2 – “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.” (OE, 2018, p.19363).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência e catástrofe em vigor no serviço; - Colaborar na prestação de cuidados em situação de catástrofe com a restante equipa, cumprindo o papel atribuído pelo responsável; - Encaminhar o doente/família para apoio psicológico, mediante necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece o plano de emergência e situação de catástrofe.
	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a prática de cuidados tendo em conta o controlo de infeção, cumprindo as normas de higienização e desinfeção das 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece os fundamentos de prevenção e controlo de

<p>3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2018, p.19364).</p>	<p>mãos e colocação de Equipamentos de Proteção Individual [EPI's].</p> <ul style="list-style-type: none">- Cumprir os procedimentos e circuitos estabelecidos no serviço na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão;- Contribuir para o cumprimento das diretrizes do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] hospitalar, com vista ao controlo e diminuição de risco para o desenvolvimento das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS].	<p>infeção e resistência a antimicrobianos;</p> <ul style="list-style-type: none">- Presta cuidados seguros sustentados nas precauções básicas do controlo de infeção;- Dispõe de 10% da carga horária do ensino clínico para tempo de formação com o elo de ligação do PPCIRA.
---	---	--

Tabela 5 - Competências Específicas do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Fonte: Própria da Autora

CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho estima-se a importância de refletir sobre as intervenções a efetuar para que o estágio final se manifeste produtivo para a aquisição e consolidação de competências do Enf. Especialista bem como para a aquisição das Competências de Mestre presentes no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), para onde se dirigiram também todas as atividades apresentadas. Como futura profissional com essas competências acrescidas, considero o presente projeto imprescindível para a futura prestação de cuidados de qualidade, com segurança e com base nas melhores evidências científicas, não desmensurando os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica, aos quais muitas das atividades e intervenções mencionadas nos capítulos 2 e 3 dão resposta, nomeadamente à satisfação do doente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e auto cuidado, à readaptação funcional, à organização dos cuidados e à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. (OE, 2015)

Com a realização e a entrega deste trabalho, compreendem-se atingidos os objetivos definidos na introdução.

À semelhança dos trabalhos a realizar em contexto de estágios, identifica-se como aspeto negativo e quase incomportável o regime de trabalhadora-estudante, com realização de turnos rotativos no trabalho e no local de estágio, o que limita a gestão de tempo na execução dos trabalhos pedidos para um desempenho de qualidade.

Como proposta de intervenção futura determina-se a necessidade formativa sobre o *Delirium* no doente crítico, com implementação de escala no sistema informático utilizado no local de estágio.

BIBLIOGRAFIA

- Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro: Republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, nº 176, 3159-3191.
- Matos, A. (2021). Determinantes Da Pneumonia Associada À Ventilação Invasiva Numa Unidade De Cuidados Intensivos De Um Hospital Central (Trabalho no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº135 de 16 de junho de 2018. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diários da República*, 2ª série, nº123 de 26 de junho de 2015. Lisboa, Portugal.

ANEXOS

Anexo I – Escala de RASS

ESCALA DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)

PONTOS	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerto e calmo	Alerto, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: Miranda, 2019, s.p. disponível em <https://idoc.pub/documents/escala-rass-agitacao-e-sedacao-j3noq3orv54d>

Anexo II – Escala de GCS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW :

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Fonte: Organização Glasgow Coma Scale, s.d, s.p. disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/>

Anexo III – Teste de Atenção Visual



Fonte: Imagens disponíveis em www.google.com

Anexo IV – Certificados SAV e ITLS



Certifica-se que **Andreia Filipa Conceição Magno**, nascido(a) em 12/05/1996, com o número de identificação civil ****3488, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 20/05/2023 a 21/05/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de maio de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034502

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Andreia Filipa Conceição Magno, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

4/23/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

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 #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

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
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 369121-51505

International
Trauma Life Support

Andreia Filipa Conceição Magno, 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 4/23/2023 Expiration Date 04/2026

Course Number 51505

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)