

MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

João André Fernandes dos Santos

Leiria, Outubro de 2020

7º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

João André Fernandes dos Santos
nº 5180017

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Orientação: Professora Doutora M^a dos Anjos Dixe

Leiria, Outubro de 2020

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada, muitos foram aqueles cujo apoio foi fundamental e aos quais gostaria de endereçar os mais sinceros agradecimentos

Aos meus filhos, Inês e David pelas longas ausências, pela pouca paciência... por terem aceitado e compreendido que a “escola do pai” lhes roubasse um pouco das suas brincadeiras

À minha esposa, Sara, por toda a disponibilidade, compreensão, suporte, incentivo e pelos longos períodos em que teve de colmatar a minha ausência

Aos meus pais e irmão por todo o apoio

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pela orientação, incentivo, disponibilidade e apoio. À professora doutora Carla Damásio pela disponibilidade e motivação.

Às equipas dos serviços onde foram realizados os Ensinos Clínicos, particularmente aos enfermeiros orientadores Cátia Pereira, Micael Fernandes e Sara Bernardino

À equipa de enfermagem que integro pela compreensão, apoio e confiança demonstrados.

Lista de Siglas, abreviaturas e acrónimos

AARC - *American Association of Respiratory Care*

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure.*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações

AGS - *American Geriatrics Society*

AORN - *Association of Operating Room Nurses*

APA - *American Psychiatric Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAM - *Confusion Assessment Method*

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

CEPO - Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

CHL - Centro Hospitalar de Leiria

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ - Conselho Jurisdicional

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

E - Estudo

EBSCO - *Elton Bryson Stephens Company*

EC - Ensino Clínico

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERC - Enterobacteriácea Resistente aos Carbapenemos

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

EVA - Escala Visual Analógica

FiO₂ – Fração inspirada de Oxigénio

GIF - Gabinete de Informações aos Familiares

HSA - Hospital de Santo André

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IAFN – *International Association of Forensic Nurses*
IASP - *International Association for the Study of Pain*
ICN - *International Council of Nurses*
ILC - Infeção do Local Cirúrgico
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*
JBI - *Joanna Briggs Institute*
JCI - *Joint Commission International*
MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
MEPSC - Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
mmHg – milímetros de Mercúrio
mMR - microrganismo multirresistente
NAS - *Nursing Activities Score*
NICE - *The National Institute for Health and Care Excellence*
OE - Ordem dos Enfermeiros
PAI - Pneumonia Associada à Intubação
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PEE - Plano de Emergência Externo
PEI - Plano de Emergência Interno
PICOD - Participantes, Intervenção, Comparador, Resultados (*Outcomes*) e Desenho dos estudos
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos
PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PSC - Pessoa em Situação Crítica
PubMed - *Public Medline*
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNAO - *Registered Nurses Association of Ontario*
RSL -Revisão Sistemática da Literatura
SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SARM - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina
SatO₂ - Saturação periférica de Oxigénio
SAV - Suporte Avançado de Vida
SE - Sala de Emergência
SIGN - *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO - Sala Operatória
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPICI - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos
START - *Simple Triage and Rapid Treatment*
SUG - Serviço de Urgência Geral
TI – Tempo de Internamento
TISS - *Therapeutic Intervention Score System*
TOF - *Train-of-four*
TRTS - *Triage Revised Trauma Score*
TSRC - Técnica de Substituição Renal Continua
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidades de Cuidados Intensivos
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
UMG - Unidade de Monitorização Geriátrica
UOP - Unidade de Observação de Proximidade
UP - Úlceras por Pressão
VE - Vigilância Epidemiológica
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
WHO - *World Health Organization*

Resumo

A elaboração do presente Relatório de Estágio constitui-se como a etapa final do percurso realizado durante o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este é um documento estruturalmente dividido em duas partes, que procura evidenciar o desenvolvimento de competências direcionadas para a intervenção na área da Pessoa em Situação Crítica.

A Parte I deste documento tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas durante os Ensinos Clínicos. Utilizando uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva descrevemos as atividades realizadas, as experiências vivenciadas, assim como as dificuldades encontradas para percorrer o caminho do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica.

A segunda parte do presente relatório é constituída por uma Revisão Sistemática da Literatura subordinada à temática do *delirium*. O *delirium* é uma condição grave, normalmente associada a uma rápida redução da função cerebral e que pode acarretar consequências nefastas para o doente. Tendo em conta estas características, e considerando a abrangência de intervenção do Enfermeiro Especialista, desenvolvemos a Revisão Sistemática procurando dar resposta à seguinte questão: Qual é a eficácia da formação sobre *delirium* a enfermeiros na melhoria da segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento? Para execução da referida revisão seguimos a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* para elaboração de revisões sistemáticas de eficácia.

A aquisição de habilidades profissionais específicas deve procurar dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro fundamente a sua intervenção em evidência científica, tanto no domínio da prestação de cuidados diretos à pessoa, como nos restantes domínios de ação do enfermeiro. A elaboração do presente Relatório de Estágio, constituído por duas partes distintas, mas complementares, foi bastante enriquecedora e irá seguramente conduzir a um aumento de qualidade da intervenção em todos os domínios da enfermagem.

Palavras chave: Enfermeiro Especialista, Doente crítico, Competências, *Delirium*, Formação

Abstract

This report constitutes the final step of the course taken during the Master's Degree in Nursing to the Person in Critical Condition, from the High School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria. This is a two-part document that seeks to highlight the development of skills linked with the intervention in the area of People in Critical Condition.

Part I of this document aims to conduct a critical reflection of the activities developed during the clinical sessions. Using a descriptive, analytical and a critically reflexive methodology, the activities carried out, the actions experienced, the difficulties encountered to follow the path of developing the common skills of the Specialist Nurse and the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Condition are described.

The second part of this report consists of a Systematic Review of literature on Delirium. Delirium is a serious condition, associated with a rapid reduction in brain function which can lead to harmful consequences for the patient. Bearing this in mind, and considering the scope of the Specialist Nurse's intervention, this Systematic Review seeks to answer the question "What is the effectivity of nursing training on Delirium in improving patient safety and decreasing hospital stay?". To carry out the review, the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute for the preparation of systematic reviews of effectiveness was followed.

The learning of specific professional skills must seek to meet the health care needs of populations. Thus, it is necessary that the nurse uses an evidence-based practice, both when providing direct patient care and in any other domains of the nurse's action. The elaboration of this report, consisting of two distinct but complementary parts, was quite rewarding and will certainly lead to a quality improvement of the intervention in all domains of Nursing.

Keywords: Specialist Nurse, Critical patient, Skills, Delirium, Training

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	17
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	18
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	20
1.3. BLOCO OPERATÓRIO	22
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	26
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade	33
2.1.3. Domínio da gestão de cuidados	41
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	50
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	55
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	56
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	74
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	81
3. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
PARTE II – EFICÁCIA DA FORMAÇÃO SOBRE <i>DELIRIUM</i> A ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DO DOENTE E DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE INTERNAMENTO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	104
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	107
2. METODOLOGIA	114
2.1. QUESTÃO DE REVISÃO E OBJETIVOS	114
2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	115
2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	116
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS	118
2.5. EXTRAÇÃO DE DADOS	118

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	119
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
5. CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
REFLEXÃO SINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS PARA O CUIDAR	135

APÊNDICES

APÊNDICE I - AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções multicomponentes para prevenção do <i>delirium</i>	110
Quadro 2 - Principais objetivos dos estudos analisados.....	119
Quadro 3 - Descrição dos dados obtidos nos estudos através da metodologia PICOD.....	122

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama PRISMA de seleção dos estudos	118
---	-----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) e em conformidade com o respetivo plano de estudos, surge a Unidade Curricular (UC) “Relatório de Estágio” (Despacho nº 9128/2012, de 5 de Julho). A sua conclusão e respetiva defesa em prova pública visa a aquisição do grau de Mestre (Regulamento nº 877/2016, de 21 de Setembro) assim como a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Aviso nº 9191/2014, de 11 de Agosto).

A evolução da sociedade, da tecnologia e da ciência, reflete-se numa enfermagem em constante desenvolvimento e crescimento. A prática profissional do enfermeiro é cada vez mais complexa e diferenciada, de modo a satisfazer as necessidades da população. Nesse sentido é essencial haver por parte dos enfermeiros uma consciencialização da necessidade de adquirir, atualizar e aprofundar os seus conhecimentos. Até do ponto de vista deontológico, a permanente atualização de conhecimentos pode ser vista como um dever, associada à responsabilidade social do enfermeiro. Foi essa necessidade de permanente atualização que impulsionou a frequência do MEPSC.

O Enfermeiro Especialista (EE) é aquele que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa área de especialidade em enfermagem. Estes profissionais, independentemente da sua área de especialidade, partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Essas competências 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 melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro).

Os cursos de especialização têm como objetivo desenvolver competências direcionadas para uma área específica de intervenção. A aquisição de habilidades profissionais específicas tem como finalidade dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações, capacitando o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa/família (Silva et al., 2018).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a Pessoa em Situação Crítica (PSC). Entende-se como PSC “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” (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades alteradas, que permitem manter as funções básicas de vida, previnem complicações e limitam as incapacidades que daí possam advir, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Benner et al. (2011) acrescentam que o cuidado à PSC é definido como sendo desafiante, num nível intelectual e emocional, no sentido em que o enfermeiro deve desenvolver estratégias e competências para avaliar a situação e priorizar os focos de instabilidade e, assim, intervir da forma mais adequada, estabelecendo um processo de enfermagem individualizado, de acordo com a intervenção e monitorização dos resultados obtidos.

As teorias de enfermagem fornecem linhas orientadoras que enaltecem e fundamentam a prática de enfermagem no cuidado da pessoa. Cuidar da PSC possibilita o emprego de várias teorias de enfermagem, mas tendo em conta as particularidades do doente crítico, a teoria das transições de Alaf Meleis é uma das que revela maior aplicabilidade. A teoria das transições de Meleis (2010) remete para a mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos e papéis, o que poderá ter como consequência a alteração de comportamentos. Neste sentido a condição de doente crítico é, por definição, uma experiência de transição, que Meleis (2010) classifica como complexa e multidimensional.

O presente documento procura explorar o percurso realizado durante o 7º MEPSC, com óbvio enfoque nos períodos de Ensino Clínico (EC) realçando o enriquecimento do estudante nesses contextos, mas também faz socorro dos conhecimentos adquiridos durante a componente teórica deste Mestrado.

Assim, este relatório divide-se em duas partes essenciais, a primeira é relativa à componente de desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e a segunda parte é reservada à componente de investigação através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL).

A primeira parte tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos EC, que conduziram ao desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica (EEEMCPSC). O período dos EC decorreu entre Maio de 2019 e Fevereiro de 2020 em três locais distintos. Para além

das horas de contacto nos campos de estágio foi necessário desenvolver um trabalho autónomo intenso e contínuo.

A metodologia adotada para a elaboração da Parte I do presente relatório é descritiva, analítica e crítico-reflexiva. É com base nesta abordagem que pretendemos descrever as atividades realizadas, as experiências vivenciadas, bem como as dificuldades e as necessárias superações para percorrer o caminho do desenvolvimento de competências. Procuramos fazer uma reflexão crítica e um paralelismo entre referenciais teóricos, científicos, legais e a realidade experienciada. Nesta lógica, a reflexão crítica das atividades desenvolvidas pretende espelhar o percurso realizado ao longo dos EC, demonstrar a aprendizagem desenvolvida e de que forma, as intervenções e reflexões realizadas ao longo dos estágios, contribuíram para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEEMCPSC.

A segunda parte deste documento remete para a realização de uma RSL. As revisões sistemáticas visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de vários estudos relevantes num único documento, usando métodos rigorosos e transparentes para dar resposta a uma pergunta de investigação, sendo por isso consideradas como evidência de alta qualidade (Aromataris & Munn, 2020; Donato & Donato, 2019). Apóstolo (2017, p. 12) afirma que “a revisão sistemática é o núcleo central e o padrão ouro da síntese de evidências, que é por si uma metodologia de investigação - investigação secundária”. Para execução da referida RSL foi seguida a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) para elaboração de revisões sistemáticas de eficácia.

A RSL realizada subordinou-se à temática do *delirium*. O *delirium* é uma condição aguda, séria e frequentemente evitável, caracterizada por confusão e alteração do processo de pensamento, que ocorre geralmente após agressão ao corpo, como cirurgia, infeção, desidratação ou utilização de certos medicamentos. O *delirium* afeta um grande número de doentes em todos os ambientes de saúde, impactando negativamente nos seus resultados, causando angústia aos familiares/cuidadores e aumentando os custos financeiros (*American Nurses Association*, s.d.). Com a realização desta revisão procurámos sintetizar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da formação sobre *delirium* a enfermeiros, na melhoria da segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento.

O relatório termina com uma reflexão final sobre aquisição de competências especializadas para o cuidar.

Como principais guias orientadores deste Relatório temos o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro) e o

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Este trabalho foi elaborado tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei, 2018) e as normas para citação e referenciação da American Psychological Association edição (2020), 7ª edição.

PARTE I - RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Hesbeen (2000) afirma que o objetivo da formação em enfermagem, tanto inicial como contínua, abrange o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e qualidades humanas. A formação é determinante para a orientação tomada pelos profissionais e será também determinante para a qualidade do serviço prestado à população.

A enfermagem pode ser considerada uma disciplina privilegiada, visto conseguir conjugar a formação teórica com uma forte componente prática. Nesta linha, o MEPSC da ESSLei engloba a realização de três EC, contemplando por isso uma formação prática de grande relevo.

Consideramos que os EC devem ser encarados como oportunidades únicas e distintas inerentes às formações com componente prática. Simões et al. (2008, p. 93) referem-se ao EC “como um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola”.

Fernandes (2010) afirma que é durante o EC que os enfermeiros desenvolvem mais as suas competências. É um período essencial na formação, pois a competência só se desenvolve quando aplicada à prática. Também Abreu (2001) afirma que é no contexto de socialização profissional que se propicia o desenvolvimento de competências, o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários, que lhe permitem desenvolver processos de formação contínua, redefinindo a sua identidade, criando a sua autonomia.

Durante os EC procurámos adotar uma postura crítica e reflexiva como base do processo de aprendizagem. Schön (1983, 1990) citado por Ruth-Sahd (2003) afirma que a atuação dos profissionais face às situações únicas e complexas com as quais se deparam no dia-a-dia, pode ser facilitada por uma abordagem reflexiva. Abreu (2001) citando Schön (1993), defende que a formação do futuro profissional inclui uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais. O mesmo autor afirma que as situações da prática não constituem problemas a resolver, mas sim situações complexas caracterizadas pela incerteza e pela indeterminação, designando-as de “prática reflexiva”.

A Parte I deste documento é composta inicialmente pela caracterização dos locais de estágio, seguindo-se então a análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e experiências vivenciadas em cada EC associadas às competências comuns do EE e específicas do EEEMCPSC.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

O curso de MEPSC da ESSLei contempla no seu plano curricular a realização de três ensinamentos clínicos: EC I - Serviço de Urgência, EC II - Unidade de Cuidados Intensivos e EC III (opcional). O EC I foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital de Santo André (HSA) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), o EC II foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) localizado no HSA do CHL e o EC III no Bloco Operatório (BO) localizado no HSA do CHL.

O SUG, o SMI e o BO são serviços que pelas suas particularidades, se tornam contextos de estágio de eleição. Pelo tipo de utentes que recebem e pela tipologia de cuidados prestados, constituem-se como excelentes campos de estágio para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no cuidado à PSC.

Os estágios foram realizados no CHL, que é composto por três unidades de saúde que há uma década atrás existiam de forma independente. O CHL tem uma área de influência que abrange 14 concelhos e a população servida está na ordem dos 400.000 habitantes (CHL, 2020a).

O CHL procura tornar-se uma referência em termos de qualidade dos cuidados prestados com reconhecimento da comunidade, elevada satisfação dos doentes e profissionais e com altos padrões de eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Desta forma, prezam na instituição o seguinte quadro de valores essenciais: respeito pela dignidade humana; respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa; prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua atividade; desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional; primado do doente (CHL, 2020a).

O CHL é desde 2012 acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, reputada agência internacional de acreditação, que acredita instituições de saúde através da verificação e avaliação de procedimentos, que devem cumprir as normas internacionais em vigor nos melhores hospitais do mundo, tendo como fim a prestação dos cuidados ótimos ao doente (CHL, 2019a).

No ponto seguinte realizaremos uma breve descrição da estrutura física e organizacional dos locais de realização de EC, caracterizando cada serviço em particular. Procuramos assim explicitar as dinâmicas existentes em cada serviço, que permitiram o contacto com a prática especializada em contexto de trabalho, enquanto estudante do MEPSC. Pretendemos também descrever como decorreu o processo de integração em cada um deles.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O EC I decorreu entre 20 de Maio e 22 de Julho de 2019. A escolha do local para realização do EC I, prendeu-se com a proximidade geográfica e com o papel de destaque que o SUG do HSA desempenha no que toca à prestação de cuidados de carácter urgente e emergente no âmbito do distrito de Leiria e na região Oeste do país.

Integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência, o SUG do HSA é um serviço de urgência Médico-Cirúrgica no que diz respeito ao nível de acolhimento das situações de urgência/emergência (Direção Geral da Saúde (DGS), 2001; Despacho nº 13427/2015, de 20 de Novembro). O SUG localiza-se no piso -1 da torre nascente, mesmo piso onde se localizam o BO e o serviço de imagiologia. Em Junho de 2019 teve um número de atendimentos urgentes de 11.255 (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2020a), com uma média diária superior a 360. Como em quase todas as urgências debate-se diariamente com problemas inerentes ao grande afluxo de doentes, o que por vezes leva a tempos de atendimento superiores ao desejável e a grande concentração de doentes por área.

No que diz respeito aos recursos humanos do SUG, a equipa multidisciplinar é composta por um vasto leque de profissionais. A equipa de enfermeiros era composta por 97 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe, o subchefe e enfermeira responsável pela formação.

A nível de orgânica funcional e distribuição de enfermeiros por área, o SUG está organizado da seguinte forma:

- Dois postos de triagem, um com um enfermeiro permanente e outro com possibilidade de utilização quando existem muitos doentes em espera por triagem. Nestes locais apenas eram colocados enfermeiros com o curso de triagem.
- Área verde - em “*open-space*”, dimensionada com 18 unidades individuais de cuidados, tem capacidade para 13 doentes em maca e cinco em cadeirão.
- Área verde 2 – local para atendimento de utentes triados com prioridade verde ou azul, que sejam independentes e possam aguardar atendimento sentados em cadeira.
- Área amarela - em “*open-space*”, dimensionada com 37 unidades individuais de cuidados, tem capacidade para 23 doentes em maca e 14 doentes em cadeirão.
- Área laranja – em “*open-space*”, dimensionada com 23 unidades individuais de cuidados, tem capacidade para 14 doentes em maca, oito em cadeirão e um quarto de isolamento.
- Área vermelha (emergência) - em “*open-space*”, dimensionada para atendimento até cinco emergências em simultâneo, em unidades individuais de cuidados e totalmente equipadas com todos os materiais e equipamentos para atuar numa situação crítica e/ou de falência

orgânica, nomeadamente ventiladores, aspiradores de secreções, carro de emergência com desfibrilhador e monitores cardíacos, entre outros. A constituição da área de emergência vai de encontro às recomendações preconizadas no documento da Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). No mesmo documento é referida a necessidade de existência de máquina de gasometria arterial, o que não se verifica.

- Área roxa - em “*open-space*”, possui quatro unidades individuais para atendimento de utentes que não estejam em maca, das especialidades médicas de ortopedia e cirurgia;
- Gabinete de Informações aos Familiares (GIF) - funciona das 8 às 24 horas.

Quando recorre ao SUG o próprio utente ou um acompanhante, efetua a inscrição na área de receção administrativa. Após a inscrição o utente desloca-se para a sala de espera com o seu acompanhante, aguardando a chamada para a triagem. O circuito do doente daqui em diante tem por base o sistema de triagem Manchester (DGS, 2015a). É realizada a triagem e consoante o fluxograma é atribuída a prioridade, sendo o doente encaminhado para a sala de espera correspondente (verde/azul, amarela, laranja ou vermelha). Quando o doente é emergente, de acordo com a classificação dada pelos bombeiros que fazem o transporte, ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entra diretamente para a área vermelha (emergência) não passando pelo posto de triagem, sendo a sua inscrição e triagem realizadas posteriormente. Nestes casos é acionada a campanha que se localiza à entrada da Sala de Emergência (SE) e a equipa constituída por um enfermeiro, um médico e um assistente operacional dirige-se imediatamente à sala.

Enquanto permanece no SUG o doente pode ter acompanhamento de uma pessoa significativa, fazendo-se assim cumprir a Lei nº 15/2014 de 21 de Março. Esta legislação reconhece e garante a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada. No entanto, para situações de exceção em que a afluência de doentes é grande, existe uma diretiva interna (CHL, 2019b), que respeita também a legislação em vigor, mas limita o acompanhamento e estabelece três períodos de visita ao longo do dia, de cerca de 15 minutos, salvaguardando exceções para doentes vulneráveis ou com necessidades especiais.

O EC decorreu sobretudo na SE, mas houve oportunidade de prestar cuidados noutras áreas do SUG. Um aspeto a realçar nas diversas áreas é a multiplicidade de equipamentos (monitores, ventiladores, desfibrilhadores, etc.) existente. Isto deve-se ao facto de à medida que os equipamentos vão avariando, irem sendo substituídos por novos de marcas e modelos diferentes. Desta forma não é possível cumprir na íntegra a recomendação da DGS (2011a). Esta foi uma dificuldade encontrada, que ultrapassámos rapidamente, mas que pode

eventualmente constituir-se como um aspeto limitador da rapidez e segurança na atuação da equipa perante situações urgentes.

No SUG são utilizados vários sistemas informáticos, mas o SClínico® e o software Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia® são os de maior interesse para o enfermeiro. São dois sistemas intuitivos e fáceis de utilizar. O SClínico® permite interligação com o *software* de patologia clínica, *software* de imagiologia, *software* de eletrocardiografia, plataforma de dados de saúde, entre outras funcionalidades.

A integração do SUG foi gradual e com um ganho de autonomia crescente. O conhecimento do espaço físico, a observação da dinâmica de cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar revelaram-se aspetos fundamentais que facilitaram o processo de integração. Ainda assim, foi necessária consulta da documentação existente no serviço, nomeadamente, instruções de trabalho, protocolos e procedimentos específicos, bem como projetos futuros em fase de desenvolvimento.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O EC II desenvolveu-se no período compreendido entre 16 de Setembro e 22 de Novembro de 2019. A escolha do local para realização do EC II, SMI do CHL, teve por base o facto de muitas vezes na prática diária, cuidarmos de doentes que vão necessitar ou já necessitaram de cuidados intensivos prestados neste serviço. Para além disso, esta é uma unidade que foi alvo de uma renovação recente dotada de instalações de qualidade e tecnologicamente bem apetrechada.

O CHL pretende ser referência a nível nacional no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados (CHL, 2020b) e, nesta lógica de prestação de cuidados diferenciados, possui o SMI. De acordo com a DGS (2003a), as unidades onde se pratica medicina intensiva são classificadas tendo em conta as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. O SMI do CHL é uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III (Paiva et al., 2017). Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013) os serviços de medicina intensiva são serviços que se destinam à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de apoio e monitorização das funções vitais onde são tratados por pessoal médico e de enfermagem especializado.

O SMI é composto por 13 unidades individuais de cuidados. Destas, 10 estão adstritas a cuidados intensivos polivalentes e três encontram-se numa sala independente que está preparada para uma unidade de cuidados neuro críticos, atualmente desativada. Assim sendo

a lotação efetiva da unidade é de 10 utentes sendo que destes, quatro são em quartos de isolamento, com possibilidade de utilização de pressão positiva ou negativa.

O SMI do CHL foi construído com base numa lógica *open space*. Tem por isso uma sala aberta com dois balcões centrais onde se localizam as centrais de monitorização e os equipamentos informáticos que suportam os registos de enfermagem e médicos. Deste balcão central é possível ter visualização direta sobre a maior parte dos doentes. Atrás deste balcão localiza-se uma bancada equipada com medicação e material de consumo clínico, onde é preparada toda a terapêutica a administrar aos doentes. No lado direito do serviço localiza-se outro balcão onde existem diversos *kits* de procedimentos (Cateter Venoso Central (CVC), linha arterial, etc.), a máquina de gasometria e o desfibrilhador da equipa de emergência. No SMI existe um carro de emergência, um monitor/desfibrilhador de transporte, uma mala de transporte com material de consumo clínico, a mala de consumo clínico da equipa de emergência, dois ventiladores portáteis, três máquinas que permitem realizar técnicas de substituição renal, uma bomba para colocação de balão intra-aórtico e vários dispositivos de aquecimento corporal. O serviço tem ainda disponível o sistema *Maxi-Sky*[®] que consiste num conjunto de carris fixos no teto que permitem realizar transferências, levantes e posicionamentos aos doentes de forma bastante facilitadora.

Todas as unidades do doente são compostas por uma cama e duas colunas. Do lado direito do doente ficam bombas e seringas infusoras, bem como rampa de oxigénio e de ar comprimido. Na coluna do lado esquerdo da cama fica o monitor, o ventilador, a rampa de aspiração e duas gavetas com material relacionado com a via aérea. Nos quartos de isolamento existe uma adufa onde se encontram também Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Constatamos que no que diz respeito à organização física e estrutural o SMI cumpre praticamente todas as recomendações da ACSS (2013).

O SMI localiza-se no 5º piso da torre nascente do HSA, sendo que os serviços com que mais se articula, serviço de urgência, BO e imagiologia, localizam-se no piso -1. Embora a sua localização não seja tão próxima como é recomendado (ACSS, 2013), este aspeto é minimizado com a possibilidade de bloquear um dos elevadores e este passar a ser de uso exclusivo à equipa de cuidados intensivos em situações de emergência.

Relativamente à organização de recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 33 enfermeiros incluindo a enfermeira chefe. Segundo pudemos averiguar todos os enfermeiros têm formação em Suporte Avançado de Vida (SAV).

Os doentes internados no SMI, podem ser provenientes do serviço de urgência, BO ou de outros serviços de internamento da instituição. O CHL (2019c) definiu critérios para admissão

do doente no SMI, que se dividem em três grupos ou modelos: 1º - critérios de prioridade, 2º - critérios de diagnóstico, 3º - critérios de parâmetros objetivos. A avaliação dos critérios e aceitação do doente é sempre uma decisão do médico intensivista que aceita receber o doente, devendo posteriormente transmitir essa informação à equipa de enfermagem.

A admissão de doentes no SMI obedece a vários procedimentos. O doente é sempre acompanhado por enfermeiro, médico e assistente operacional, sendo transportado na cama/maca do serviço de origem até à entrada do SMI, onde já tem à sua espera a cama da unidade que vai ocupar. O enfermeiro que acolhe o doente tem um importante leque de responsabilidades neste processo, que visam a qualidade, rapidez, segurança e a continuidade dos cuidados.

Tal como preconiza a norma da DGS (2010a) o CHL tem constituída uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). No HSA a EEMI está integrada no SMI e tem o objetivo de dar resposta a emergências que ocorram dentro das instalações do HSA. É constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica, que estão escalados em cada turno para acorrerem a este tipo de situações. Os critérios de ativação da EEMI são: paragem cardiorrespiratória; paragem respiratória; compromisso da via aérea; frequência respiratória < 8 ou >35 ciclos/minuto; SatO₂ < 90% com oxigénio suplementar (máscara Venturi com FiO₂ 60%); frequência cardíaca < 40 ou >140 batimentos/minuto; pressão arterial sistólica de instalação súbita < 90mmHg; perda súbita da consciência; crise convulsiva prolongada e repetida (CHL, 2019d).

O sistema informático utilizado é o *B-Simple*[®], que foi concebido especificamente para integrar métodos e rotinas em UCI. É um *software* que funciona como integrador de vários sistemas, que reúne as informações obtidas a partir dos vários dispositivos como o monitor da unidade do doente, as seringas e bombas infusoras, a máquina das gasometrias, entre outros.

A integração no serviço é essencial para que o EC se torne proveitoso para o estudante. No SMI o processo de integração foi rápido, mas bem cimentado. Conhecemos as particularidades do serviço, quer a nível de equipamentos, quer a nível de protocolos, normas e instruções de trabalho. Tivemos oportunidade de obter alguns documentos internos bem como apresentações em formato digital de formações em serviço realizadas pela equipa, que se revelaram bastante úteis ao longo do EC.

1.3. BLOCO OPERATÓRIO

O EC III foi realizado no BO do CHL no período que decorreu entre 25 de Novembro de 2019 e 7 de Fevereiro de 2020. De acordo com o plano de estudos do MEPSC, o local para realização do EC III era de escolha opcional do estudante. A preferência por este campo de estágio, teve

por base dois aspetos: por um lado o interesse pessoal pela área específica em questão; por outro lado, o facto de exercer funções num serviço cirúrgico e com muita frequência na prática diária prestarmos cuidados a doentes que vão ser ou já foram submetidos a intervenções cirúrgicas. Assim, com esta escolha tivemos intenção de conhecer a realidade dos cuidados prestados num serviço com o qual interagimos bastante na prática diária, bem como desenvolver estratégias que possam levar a uma melhor articulação de cuidados no futuro.

O BO é uma unidade apetrechada por meios humanos, técnicos, físicos e materiais que permitem prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, programados ou urgentes, que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia, com o intuito de salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida dos utentes (ACSS, 2011; Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP), (2006)

No BO do CHL, os utentes podem ser provenientes dos vários serviços de internamento do hospital, da urgência geral, da urgência obstétrica ou urgência pediátrica. Realizam-se intervenções cirúrgicas no âmbito de várias especialidades: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, urologia e otorrinolaringologia.

O BO localiza-se no piso -1 da torre nascente, próximo dos serviços de urgência, da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e a esterilização, tal como recomenda a ACSS (2011).

No que concerne à estrutura física do BO, consideramos que cumpre a maioria das recomendações da ACSS (2011). É constituído por três áreas distintas: área livre, onde se pode circular com roupa de exterior, área semirrestrita, onde é obrigatória a utilização de roupa do BO, incluindo touca, e área restrita, onde é obrigatória a utilização de roupa do BO, incluindo touca e máscara.

Relativamente à composição da área livre existem: duas UCPA, duas zonas de receção de doentes com dois *transfers* mecânicos (um de entrada e outro de saída), sala de saída e entrada de material limpo, *transfer* de pessoal, *transfer* de material limpo, *transfer* de material esterilizado e *transfer* de material sujo. Existe ainda nesta zona uma sala de espera para acompanhantes cumprindo o disposto no Despacho nº 6668/2017 de 2 de Agosto.

No que concerne à área semirrestrita, o BO do CHL realçamos a existência de áreas de armazenamento de material limpo, salas de armazenamento de material esterilizado para as diversas especialidades cirúrgicas permitindo um acesso rápido a materiais esterilizados frequentemente utilizados (ACSS, 2011).

No que diz respeito à área restrita, esta unidade possui 10 salas operatórias, cinco de cada lado separadas por um corredor central de passagem de material limpo, estando todas aptas a funcionar. Neste corredor central localizam-se as pias para desinfeção de pessoal. Em cada

Sala Operatória (SO), a peça central é a mesa cirúrgica articulada constituída por um pé e um tampo amovíveis. Existem também mesas de apoio e dois candeeiros articulados que permitem regular a intensidade e a cor da luz, eliminando calor e sombras, tal como preconiza a ACSS (2011). Constam também carros de apoio à circulação e anestesia, com o material necessário, minimizando as entradas e saídas da sala. Material/equipamentos para monitorização e ventilação invasiva estão também em todas as SO. Ainda na área restrita, entre o *transfer* e cada SO existe uma sala de anestesia, como indica a ACSS (2011). No entanto, apesar da existência da referida sala, a indução anestésica é realizada já dentro da SO por uma questão de logística e dinâmica da equipa multidisciplinar. A ACSS (2011) recomenda a existência de portas mecânicas de abertura automática, contudo, no BO do CHL, as portas são manuais o que provoca deslocação de massas de ar e partículas.

O BO do CHL possui também duas UCPA. A AESOP (2006) define UCPA como uma unidade altamente especializada, equipada com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante um período de tempo curto, mas crítico que se segue à intervenção cirúrgica. Cada UCPA localiza-se dentro do BO, em frente à área restrita, permitindo um transporte rápido e seguro do utente da SO para a UCPA. Segundo a AESOP (2006), cada UCPA deve ter capacidade para um número de camas não inferior ao número de salas operatórias. O BO do CHL possui duas UCPA, ambas com cinco unidades de cuidados individualizadas. As unidades individuais de cuidados são separadas por cortinas, apetrechadas de material que permite dar resposta a situações de urgência/emergência, tal como recomenda a ACSS (2011). Cada unidade individual de cuidados possui um monitor eletrocardiográfico, material de via aérea básica, fonte de vácuo, oxigénio e ar comprimido. Cada UCPA possui um carro de emergência e um ventilador. A ACSS (2011) recomenda que o utente em UCPA deve estar acessível em todo o perímetro (360º) o que não é possível nas UCPA do BO do CHL.

No que diz respeito à atividade cirúrgica programada, O BO do HSA funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas, de acordo com distribuição de salas por serviços, previamente aprovadas pelo Conselho de Administração. As SO de urgência são três, uma alocada apenas a cesarianas emergentes, as outras duas para cirurgias de ortopedia-traumatologia, cirurgia geral, urologia, ginecologia, etc. e funcionam todos os dias durante as 24 horas.

Em termos de produção cirúrgica, no ano de 2019, foram realizadas no BO do HSA 5375 cirurgias, das quais 2607 urgentes (não considerando para este número os dados de cirurgias de ambulatório). De entre as cirurgias urgentes a mais frequente foi a cesariana (446), seguida de redução fechada por fratura do fémur (281) e de apendicectomia laparoscópica (268) (SNS, 2020b).

Relativamente à organização de recursos humanos, a equipa de enfermagem era composta em Janeiro de 2020 por 80 enfermeiros incluindo a enfermeira chefe e a subchefe. A equipa de enfermagem assegura a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (CEPO), a visita ao doente com dor aguda pós-operatória e a colaboração em exames complementares de diagnóstico que requeiram intervenção de anestesiologia.

O percurso do doente no BO obedece a várias normas e protocolos instituídos no CHL. Antes do início da cirurgia o enfermeiro tem um vasto leque de responsabilidades, que passam, entre outras, pela receção de informação, avaliação do doente, das condições de segurança e confirmação de listas de verificação. No final da cirurgia, antes do doente sair da SO é verificada a existência de vaga na UCPA para onde será transferido pelo enfermeiro de anestesia e o anestesiológista, que acompanham o doente. O âmbito de ação da equipa de enfermagem neste percurso do doente é ainda mais alargado. Inicia-se na CEPO e termina na visita ao doente com dor aguda pós-operatória.

No BO são utilizados maioritariamente dois sistemas informáticos, que são tal como no SUG o software Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia® e o SClínico®.

A integração no BO foi demorada, devido às particularidades e especificidades do serviço, ao elevado número de profissionais, grande panóplia de procedimentos cirúrgicos executados e sobretudo devido ao total desconhecimento acerca do serviço em questão. Foi necessário adotar uma atitude proativa, realizar uma pesquisa bibliográfica permanente quer de literatura existente, quer de documentação (normas, protocolos, procedimentos, instruções de trabalho, etc.) interna do BO. Ao fim de alguns turnos conseguimos ultrapassar estes constrangimentos e o EC veio a revelar-se bastante proveitoso e gratificante, permitindo o desenvolvimento de sentimentos de segurança, confiança e autonomia.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

O desenvolvimento de competências surge como uma necessidade de fazer face à constante evolução dos contextos socioprofissionais, obrigando a uma atualização permanente dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional.

Para Le Boterf (2003) a competência é abstrata, não tem existência material e depende de uma pessoa para a concretizar. O processo de aquisição de competências consiste no desenvolvimento de um saber agir complexo apoiado na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos (Aued et al., 2016). A competência do profissional advém da interligação desses recursos para originar uma ação competente: “o saber combinatório está no centro de todas as competências” (Le Boterf, 2003, p.12).

No que diz respeito à enfermagem, são reconhecidas a todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, competências designadas por comuns e competências específicas (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). As competências comuns do EE são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). As competências específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, 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 (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro).

Nos subcapítulos seguintes serão explanadas as atividades realizadas durante os EC e será feita uma resenha das competências desenvolvidas. De salientar que muitas das experiências relatadas são associadas a uma competência específica, uma vez que foi no âmbito dessa competência que geraram uma maior reflexão. No entanto poderiam ser também associadas a outras competências, já que muitas delas proporcionaram aprendizagens diversas e multifacetadas.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns estão organizadas em domínios de competência. A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4745).

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito dos deveres específicos do EE, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal contempla a vertente do desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, assim como a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Em enfermagem existem referenciais que são basilares no campo ético-deontológico, como o Estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). O Estatuto da OE estabelece os princípios orientadores que deverão nortear o exercício da profissão de enfermagem (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro, p. 8102). Numa perspetiva mais normativa, também o REPE tem plasmado no seu artigo 8º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, p. 2961).

Morley e Ives (2017) afirmam que o cuidado à PSC é uma das especialidades em saúde eticamente mais complexas. Esta tipologia de cuidados implica tomadas de decisão necessariamente rápidas, o que torna difícil para os profissionais tomarem consciência dos desejos e sentimentos das pessoas. Nunes (2015) realizou um estudo sobre problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com doentes em situação crítica. A autora concluiu que as principais preocupações éticas expressas diziam respeito à informação ao doente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes. As temáticas referidas com maior frequência foram as da decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação perante os processos de morte, decisão de não reanimar e respeito pelos direitos humanos em situações adversas.

A tomada de decisão requer por parte do enfermeiro, “sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo”” (Nora et al., 2016, p.6). Os estágios decorridos no SUG e no SMI possibilitaram o contacto com várias tomadas de decisão éticas na prática, promovendo a discussão e reflexão com os enfermeiros orientadores e restantes elementos das equipas. Procurámos ter sempre presentes os princípios éticos subjacentes aos cuidados de enfermagem: princípio da beneficência (fazer o bem); princípio da não-maleficência (não fazer o mal); princípio da justiça (distribuição equitativa, justa e adequada) e o princípio da autonomia, autodeterminação ou autogoverno (poder de decisão sobre si mesmo) (Rosenstock et al., 2011).

Encontrámos algumas situações em que fomos confrontados com dilemas de grande complexidade a nível ético. Apesar da literatura evidenciar que são os enfermeiros os profissionais de saúde, que experienciam mais situações envolvendo problemas éticos, a tomada de decisão de enfermagem deverá envolver a participação de outros elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando a partilha de uma multiplicidade de perspetivas, conhecimentos e experiências (Nora et al., 2016). No SUG presenciámos algumas situações em que este princípio foi respeitado e outras em que, pelo contrário, era a equipa médica que tomava as decisões e definia o rumo a tomar sem consultar a equipa de enfermagem, o que provocava alguma frustração nos enfermeiros. Refletindo sobre esta questão com elementos da equipa, foi-nos dito que esta é uma temática de difícil abordagem junto da equipa médica, mas que já vem sendo discutida nos últimos tempos. Nunes (2015) identifica o suporte de liderança da equipa e o diálogo entre os diferentes profissionais na equipa como fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas.

Nas últimas décadas a evolução tecnológica foi vertiginosa e veio trazer inúmeros benefícios às ciências da saúde, particularmente no contexto dos cuidados intensivos. Contudo existem por vezes situações onde a escalada terapêutica apenas resulta no prolongar do processo de morte, o que aumenta o sofrimento do doente, família e profissionais de saúde e modifica o processo de morrer com dignidade (Silva et al., 2010). Devemos referir que durante o estágio no SMI, poucas foram as vezes em que consideramos ter existido obstinação terapêutica, resultando em distanásia. Este foi um aspeto bastante positivo na prática deste serviço. Ainda assim, julgamos que seria uma mais-valia a interligação e referenciação de doentes do SMI para seguimento por equipas especializadas em cuidados paliativos. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) afirma que num futuro próximo, os membros das equipas multidisciplinares que exerçam medicina intensiva deverão estar capacitados para identificar e responder às necessidades físicas, psicossociais e espirituais dos doentes críticos e suas famílias, especialmente daqueles que se estão a aproximar do fim de vida, referenciando atempadamente para peritos em cuidados paliativos (SPCI, 2018).

Também no SUG, sobretudo devido ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, encontramos pessoas com maior idade, mais comorbilidades, sendo muitas vezes portadoras de doenças prolongadas, incuráveis e progressivas. Pudemos observar e participar em várias situações de prestação de cuidados a pessoas em fim de vida e constámos uma grande sensibilidade dos profissionais de enfermagem perante situações em que a perspetiva de cura era nula. A intervenção foi direcionada para o alívio dos sintomas e promoção do conforto à pessoa nos seus últimos dias ou horas de vida. Observámos que

foi várias vezes solicitada a colaboração da equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos para estes doentes.

A sobrelotação dos serviços de urgência é algo que nos faz refletir no campo da ética e dos direitos dos utentes. Os períodos de sobrelotação nos serviços de urgência estão associados a efeitos nefastos quer para os doentes, quer para os profissionais. Realçando as consequências para os doentes Chan et al. (2015) elencam o aumento da mortalidade, períodos de internamento mais prolongados e aumento dos custos em saúde.

Com o intuito de salvaguardar a qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados prestados, o CHL definiu um procedimento para gestão de doentes em sobrelotação nos serviços de urgência que tem como base o enfermeiro gestor de camas (CHL, 2019e). Com o objetivo de agilizar o internamento de doentes provenientes do SUG, este procedimento contempla vários níveis, sendo que a partir do nível II é autorizada a utilização de macas nos serviços de internamento para aliviar a sobrecarga no serviço de urgência. Bartlett e Fatovich (2009) concluíram que os doentes preferiam esperar nos corredores das enfermarias por uma vaga de internamento, em detrimento de aguardarem no serviço de urgência. Infelizmente, nem sempre o procedimento de gestão de sobrelotação do SUG surte o efeito desejável, porque muitas vezes os serviços de internamento encontram-se também eles lotados e não é possível dar o encaminhamento adequado aos doentes que estão no SUG.

Assim, o SUG do CHL está frequentemente sobrelotado, por vezes com macas a distarem poucos centímetros entre elas, o que leva a situações de grave quebra de privacidade e confidencialidade. Esta situação provocou alguma apreensão e desconforto na prestação de cuidados. Por vezes houve necessidade de desenvolver estratégias alternativas para a prestação de cuidados com respeito pela dignidade dos doentes, levando a que tenhamos recorrido várias vezes à deslocação desses doentes para zonas de maior privacidade, como a sala de realização de eletrocardiograma que raramente é utilizada, ou mobilização de doentes que partilhavam a mesma unidade de cuidados. Outra situação que realçamos positivamente envolveu uma doente que desenvolveu um surto psicótico no meio da área amarela sobrelotada. Por apresentar graves alterações do discurso e coprolalia, foi levada para a SE. A SE encontrava-se vazia no momento e com esta decisão proporcionou-se à pessoa uma prestação de cuidados de uma forma mais tranquila e digna. Ao respeitar a dignidade do doente, os enfermeiros estão a considerar simultaneamente os demais valores, como são, o respeito pelas crenças, a salvaguarda da privacidade, a comunicação efetiva e a sua autodeterminação (Nora et al., 2016).

No ambiente de BO temos de considerar que na maioria das vezes o doente está sedado ou anestesiado, ficando dependente dos profissionais para salvaguardar o seu bem-estar e

privacidade (Silva & Freitas, 2007). Neste serviço observámos que mesmo em situações críticas ou emergentes, a equipa do BO, nomeadamente os profissionais de enfermagem, revelaram uma conduta de respeito pelo doente, pela sua privacidade, pela confidencialidade e a segurança da informação e, sempre que possível, pelas suas escolhas.

No que respeita à dignidade e privacidade da pessoa, o SMI reúne características que permitem a prestação de cuidados respeitando estes princípios. Os quartos individuais e as unidades individuais de cuidados favorecem a privacidade e intimidade na prestação de cuidados. Por exemplo, a nível dos cuidados de higiene a privacidade é garantida com biombos, que embora sejam em número insuficiente são geridos pelos enfermeiros alternadamente de forma a garantir que todos os utentes usufruem de privacidade.

A passagem de turno é um momento crucial para a continuidade de cuidados. Muitos autores, entre eles Klim et al. (2013) consideram que a passagem de turno no serviço de urgência deve ser realizada junto à cabeceira, de forma estruturada e contendo elementos-chave. Por outro lado, esta abordagem iria causar ainda mais situações de quebra de confidencialidade e privacidade. No SUG do CHL a passagem de turno é realizada numa zona central da área de trabalho, permitindo assim manter a vigilância do doente, salvaguardando um pouco a confidencialidade. Esta circunstância vai de encontro à recomendação do Conselho Jurisdicional (CJ) da OE que refere que os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, devendo ser sempre acautelado o sigilo das informações transmitidas. Deverá ter-se em conta, mais do que o local propriamente dito, o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros (CJ, 2001).

Relativamente ao local da passagem de turno no SMI, talvez pudesse ser ponderada uma alternativa à localização atual, uma vez que sendo uma sala *open space*, ao passar o turno no balcão de enfermagem, temos por vezes doentes a poucos metros de distância. Mesmo com moderação do tom de voz é difícil que informações privadas e sigilosas não sejam ouvidas. Há que ter em conta que nem todos os doentes no SMI estão sedados e mesmo nos doentes em estado de coma a audição parece ser o último sentido que é perdido. Relatos de pessoas que recuperaram do estado de coma descrevem dados sensoriais auditivos como sons, palavras, frases, vozes familiares, etc. (Puggina et al., 2005).

No que concerne à confidencialidade e à segurança da informação bem como ao direito do utente à sua privacidade, salientamos a importância da transmissão de informações no SUG. O CHL possui o GIF, localizado à entrada da urgência, onde se encontra destacado um enfermeiro denominado Enfermeiro Facilitador de Comunicação. Este profissional tem como

funções, facilitar a comunicação entre o doente e os seus familiares/pessoas significativas, reduzindo a barreira do acesso à informação (CHL, 2018a).

O enfermeiro destacado no GIF tem uma função fulcral na gestão da informação entre utente/família/profissional de saúde, proporcionando uma correta articulação entre estes elementos. Mendes (2018) refere que os familiares procuram através da interação constante e próxima com os enfermeiros, encontrar a informação que precisam, mas também o conforto necessário para a saber gerir e aprender a lidar com a situação. Phaneuf (2005) reforça esta ideia alegando que a família só poderá dar suporte necessário ao doente, no fim de compreender a situação. O Estatuto da OE, no artigo 105º do capítulo relativo à deontologia profissional, refere o dever de informar por parte do enfermeiro, mas com a salvaguarda que a transmissão de informação dos enfermeiros deverá ser apenas referente aos cuidados de enfermagem prestados (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

A experiência de estágio no GIF permitiu constatar o trabalho extremamente importante e meritório desempenhado pelo enfermeiro. Realçamos uma situação em que uma senhora emigrante, filha de uma utente com esclerose lateral amiotrófica internada na área laranja, após regressar do estrangeiro, se dirigiu ao GIF pedindo informações acerca da sua mãe. A situação da utente era crítica, estava instável hemodinamicamente, necessitava de oxigénio a alto débito e aspiração frequente de secreções. Não estávamos em período de visitas e devido à sobrelotação do SUG não eram permitidos acompanhantes. Ainda assim a enfermeira do GIF, flexibilizou a situação e em articulação com a equipa da área laranja conseguimos que a filha pudesse visitar a mãe. Esta situação foi tocante, não tanto pelos agradecimentos da filha que foram imensos, mas mais pela felicidade irradiada pela face da mãe e filha quando se reencontraram, provavelmente pela última vez.

No procedimento interno do CHL relativo ao gabinete de informações do SUG é referido que o acompanhante do utente será o elo de ligação entre utente/hospital/família, e é da responsabilidade do elo de ligação fornecer informação a outros amigos/familiares/conhecidos, se o doente o permitir. É também mencionado que o pedido de informação só pode ser solicitado por uma pessoa (familiar ou amigo) e a informação só será transmitida se o doente o consentir (CHL, 2018a). Observámos que algumas vezes era difícil cumprir estas premissas.

Vários pareceres foram emitidos, tendo como base legislação em vigor, sobre sigilo profissional e segurança de informação. O CJ da OE no parecer nº 222/2014 indica que qualquer pessoa, para além do titular da informação, é considerado terceiro e não tem qualquer direito a receber informação de saúde de outros. Mesmo perante familiares, só pode haver quebra de sigilo, se estes estiverem implicados no plano terapêutico, tendo o utente

que dar o seu consentimento, desde que esteja capaz de o fazer (CJ, 2014). Em casos de incapacidade de decisão por parte do doente, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, segurança física, emocional ou social e os seus direitos (CJ, 2008). Durante o EC refletimos acerca deste assunto com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa. Salvaguardando que os enfermeiros que exercem funções no GIF agem sempre em prol do benefício do utente e que muitos dos utentes do SUG não estão capazes de decidir acerca da cedência ou não de informações, concluímos que esta é uma reflexão que deve ser feita no âmbito institucional com vista à otimização do procedimento.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC é realizada muitas vezes a pessoas sedadas, incapazes de interagir com o que as rodeia, o que nos conduz a uma reflexão acerca da importância do consentimento presumido. A legislação nacional contempla o consentimento presumido nas situações em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, quando é razoável supor que a pessoa teria eficazmente consentido o facto se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado, e quando protelar o ato médico para a obtenção do seu consentimento expresso poderá tornar-se uma ameaça à sua saúde ou vida, excluindo também de punição quem pratique atos sem consentimento nestes contextos (DGS, 2015b; Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março). Nestas situações todos os cuidados prestados são efetuados tomando como princípio o benefício direto da pessoa.

No BO, sobretudo em situações de cirurgia emergente, o consentimento presumido impera face ao consentimento informado. Ocorreu uma situação com estas características e observámos que após a realização do procedimento cirúrgico emergente, a equipa cirúrgica, procurou entrar em contacto com o representante legal da vítima para prestar informação e explicar os procedimentos realizados, tal como preconiza a DGS (2015b).

Outro aspeto que levou a reflexão foi o consentimento informado para atos cirúrgicos ou anestésicos. A OE declara que é dever do enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro). Mas o conceito de consentimento informado assenta em três dimensões: informação, liberdade e esclarecimento e contém duas noções que são indissociáveis: compreensão e autonomia (DGS, 2015b). Perante a pessoa que vai ser submetida a cirurgia é fundamental a confirmação da existência de assinatura e compreensão do consentimento informado de atos médicos e de atos anestésicos. Observámos por vezes situações em que as dimensões “informado” e “esclarecido” não eram totalmente preenchidas e subsistiam nas pessoas dúvidas relativamente ao procedimento cirúrgico/anestésico a que iriam ser submetidas. Não havendo total preenchimento das dimensões “informado” e “esclarecido”, é até questionável se a

dimensão “livre” poderá ser considerada preenchida. Não será possível uma decisão totalmente livre se não houver uma cabal informação e esclarecimento.

Neste âmbito, várias vezes fomos questionados pelos utentes acerca de aspetos relacionados com o ato cirúrgico ou anestésico. Procurámos sempre prestar esclarecimento dentro das competências de enfermagem e quando as dúvidas iam para além da nossa esfera de ação, solicitámos participação de outros profissionais.

2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

A qualidade em saúde surge, cada vez mais, como prioridade a nível das instituições de saúde e dos seus profissionais. No documento que estabelece a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do utente, pressupondo a adequação dos cuidados às suas expectativas e necessidades (Despacho nº 5613/2015, de 27 de Maio).

A OE incluiu a melhoria contínua da qualidade como um dos domínios de competências comuns do EE. O EE deve ser um elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro).

O CHL é um centro hospitalar acreditado pela JCI, existindo uma comissão da qualidade e segurança do doente que tem como objetivo a promoção efetiva da qualidade. Assim, o CHL tem presente na sua política a garantia da qualidade dos cuidados através da implementação de normas, protocolos e procedimentos. Durante os EC verificámos que os profissionais dos vários serviços estão despertos para as políticas institucionais de garantia da qualidade dos cuidados, sendo reconhecidas e estando implementadas em muitas práticas diárias.

A cultura de segurança na prestação de cuidados implementada no CHL, segue as diretrizes da JCI (2017). As metas internacionais para a segurança do doente são: correta identificação dos doentes; melhoria da comunicação eficaz; melhoria da segurança dos medicamentos; redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes; cirurgias e procedimentos invasivos seguros; redução do risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (JCI, 2017).

A nível da legislação nacional, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 estabeleceu nove objetivos estratégicos, acrescentando às metas acima descritas o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, a prevenção da ocorrência de Úlceras por

Pressão (UP) e a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

A DGS (2011b), afirma que as falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade. Neste âmbito o CHL tem implementado um procedimento para correta identificação dos utentes (CHL, 2015a). Durante a prestação de cuidados identificámos sempre o doente pelo nome completo, comparando-o com a pulseira identificativa, e por vezes um segundo critério como data de nascimento ou número do processo. Quando o estado de consciência do doente não permitia responder pelo seu nome foram comparados os dados da pulseira com os dados do processo eletrónico. Nalgumas situações foi utilizada a dupla verificação, como na realização de exames de diagnóstico, administração de terapêutica, transfusão de sangue e hemoderivados, antes de uma cirurgia ou procedimento invasivo, na transferência do doente ou em situação de óbito.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, estando associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente ao decréscimo da mortalidade (DGS, 2017a). Assim, é recomendado que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR [ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)], aplicando-se esta técnica a todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017a). De forma a garantir a segurança da comunicação, evitando falhas e possíveis eventos adversos, sempre que foi realizada transmissão de informação acerca dos utentes, utilizámos a mnemónica ISBAR como linha orientadora para as informações pertinentes a transmitir.

A segurança da medicação foi um dos aspetos que mais nos fez refletir. Nos serviços de urgência, devido à constante sobrelotação, à movimentação de pessoas e ao ruído existente, a probabilidade de ocorrência de erro é substancial (Mineiro et al., 2019). Vários autores e organismos descreveram as causas mais comuns dos erros e formas de os minimizar, entre eles a WHO (s.d.) com o programa *Medication Without Harm*. O conhecimento destes princípios fez com que pudéssemos detetar e alertar para algumas situações de incorreta ou não identificação de medicação, incorreta preparação e também de prescrição de fármacos a que o doente era alérgico.

No que concerne à segurança na administração de medicação alguns procedimentos poderiam ser otimizados tanto no BO como no SMI (CHL, 2015b; CHL, 2015c). A identificação de medicação por vezes era feita apenas com o nome do medicamento, não sendo utilizado o nome do doente. Também nem sempre era utilizada sinalética especial em medicamentos de alerta máximo e a prescrição oral acontecia nas SO muito frequentemente ao contrário do que recomenda a DGS (2015c). Os erros com medicação em utentes anestesiados podem causar danos potencialmente irreversíveis, uma vez que estando anestesiados apresentam reservas fisiológicas imprevisíveis e não manifestam ou verbalizam quaisquer sintomas que o doente acordado exibiria (Dhawan et al., 2017). Kane-Gill et al. (2017) afirmam que os doentes críticos têm também um maior risco de ocorrência de erros relacionados com a medicação, uma vez que recebem em média o dobro dos medicamentos dos outros doentes, aumentando a probabilidade de erro, a possibilidade de interações medicamentosas e estão também mais sensíveis à acumulação devido à falência de órgão(s).

As questões relacionadas com a segurança na administração de medicação foram sendo discutidas com os enfermeiros orientadores. No SUG denotámos grande consciência acerca deste tema, talvez por existir a perceção da grande probabilidade de erro associada a este contexto. No BO e no SMI, sendo ambientes de prestação de cuidados mais controlados, sentimos que havia menos sensibilização para esta temática. Não obstante, tentámos sempre relevar a necessidade de cumprir as recomendações e fizemos por cumpri-las na nossa prestação de cuidados, minimizando a probabilidade de erros no processo de gestão da medicação (DGS, 2015c).

Relativamente à redução do risco de lesões resultantes de quedas, perspetiva-se que até 2020 95% das instituições de saúde adotem práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas. Outra das metas nacionais incide na diminuição de quedas em 50% em cada ano, face ao ano anterior (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

Neste sentido, o CHL tem implementado um procedimento (CHL, 2018b) para prevenção e monitorização de quedas. A escala utilizada para avaliação do risco de queda em adultos é a Escala de Quedas de Morse. O procedimento impõe a colocação de etiqueta sinalizadora de risco na pulseira identificativa do utente, para facilitar o reconhecimento dos doentes com potencial risco de queda. No entanto, no SMI todos os doentes são considerados como tendo alto risco de queda e no BO não é aplicável este procedimento não sendo realizada a avaliação de risco. No SUG não é aplicada a Escala de Morse, o utente é considerado como tendo alto risco de queda se apresentar um fator major de risco. Os fatores major de risco são: alteração sensorial (*deficit* auditivo/visual); alteração da mobilidade (astenia, deficiências motoras, desequilíbrio, necessidade de auxiliares de marcha, história prévia de queda);

alterações na eliminação (incontinência ou doentes que necessitam de apoio na eliminação); alterações do estado mental (alteração psico-cognitiva, confusão, desorientação, deficiências cognitivas, depressão); medicação específica (anti-hipertensora, bloqueadores dos canais de cálcio, cardiotónicos, diuréticos, hipnóticos, psicotrónicos); idade (idade superior a 65 anos). Neste serviço não se aplica a utilização de etiqueta sinalizadora, mas são aplicadas outras medidas para minimizar o risco. A nível internacional, já existem serviços de urgência com implementação de escalas de avaliação de risco de queda. A *New Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool* é uma escala utilizada em 10% dos serviços de urgência dos Estados Unidos da América, sendo fácil de usar, de rápida aplicação e confiável (Scott et al., 2018).

No que diz respeito à gestão da prestação de cuidados de forma a aumentar a segurança cirúrgica, o CHL tem implementado o programa “Cirurgia Segura”. A Cirurgia Segura visa melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e de complicações cirúrgicas, associadas a cirurgias programadas ou não programadas e a alguns atos médicos de maior risco. O protocolo da Cirurgia Segura é composto por várias etapas sequenciais que se estendem desde o planeamento da cirurgia, passando pela admissão do utente no BO, pelo intraoperatório, até ao momento da passagem do doente para o recobro em que é feita uma transmissão eficiente e adequada de informação crítica para toda a equipa (DGS, 2010b).

Na SO a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica inclui os seguintes itens de verificação e respetivo registo:

Antes da indução da anestesia (“**Sign in**”) – confirmar o local, o procedimento e o doente correto; confirmar existência de alergias, via aérea difícil ou risco de aspiração; garantir que todos os documentos relevantes, imagens e estudos estejam disponíveis; confirmar se toda a tecnologia médica e/ou implantes especiais exigidos estão presentes.

Antes da incisão da pele (“**Time out**”) - a equipa faz uma pausa imediatamente antes do início do procedimento com todos os membros presentes. Confirmar que todos se conhecem e sabem as suas funções; confirmar administração de profilaxia antibiótica e/ou tromboembólica; confirmar em voz alta que se está a realizar a intervenção correta; rever verbalmente, cada um na sua vez, os elementos críticos dos seus planos para o procedimento.

Antes do doente sair da SO (“**Sign out**”) - terminado o ato cirúrgico, antes do doente sair do local da intervenção, em que são feitas as verificações de segurança e que devem ser completadas antes do doente e do médico responsável pela intervenção saírem da sala. Confirmar verbalmente o nome do procedimento, contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes. Confirmar rotulagem de produtos ou amostras biológicas. O objetivo é

facilitar a transferência de informação relevante para a equipa responsável pelo doente após a cirurgia.

Tivemos oportunidade de participar em todas as etapas deste protocolo, como a admissão do utente, preenchimento da lista de verificação no software SClínico® e a transmissão de informação. A verificação e preenchimento da Cirurgia Segura foi uma preocupação sempre presente na equipa cirúrgica, mas foi nos enfermeiros que notámos maior motivação e adesão relativamente a este procedimento. Neste sentido, Gutierrez et al. (2019) dizem que a cultura de segurança deve estar implementada nas instituições e que são os enfermeiros quem tem maiores condições de identificar os riscos aos quais os utentes estão expostos, devendo liderar a incorporação de uma cultura de segurança cirúrgica.

A prevenção da ocorrência de UP é uma medida importante integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. As UP provocam sofrimento no doente, aumentam a prevalência de infeções, minimizando a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, conduzir à morte (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro). De acordo com dados da DGS (2011c), estima-se que cerca de 95% das UP sejam evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Estudos epidemiológicos relativos aos cuidados hospitalares em Portugal divulgaram que a prevalência média de UP é de cerca de 11,5%, sendo que nos serviços de Medicina, esta média aumenta para 17,5% (DGS, 2011c). A nível internacional o *The International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey* revelou que a prevalência de UP nos Estados Unidos da América era de 9.3% (Vangilder et al., 2017).

Além das consequências negativas para o doente e família, a ocorrência de UP conduz a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para o SNS. As UP estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde (DGS, 2011c).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter implementados sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de UP. Devem ainda, realizar de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das UP, de acordo com a realidade institucional, realizar auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas e implementar planos de comunicação/educação ao doente e ao cuidador (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

O CHL tem implementados procedimentos relativos à prevenção, avaliação, tratamento e notificação das UP (CHL, 2019f). Durante os períodos de EC pudemos verificar que existe

uma política de aplicabilidade da escala de Braden, embora seja diferente em cada um dos contextos de estágio.

No SMI é avaliado o risco de desenvolvimento de UP uma vez por dia, no turno da manhã, através da escala de Braden, sendo que grande percentagem das avaliações é de alto risco. É de referir que no SMI todas as camas permitem posicionar os doentes nos diferentes decúbitos e têm colchões de pressão alternada de elevada qualidade. Não obstante a qualidade dos dispositivos, há que realçar também a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Perante doentes que muitas vezes possuem um conjunto significativo de fatores de risco para desenvolver UP, como idade avançada, imobilidade/inatividade, má perfusão e infusão de vasopressores (Alderden et al., 2017), é notável que a incidência de UP seja tão baixa. Podemos afirmar que durante o EC não tivemos conhecimento de qualquer doente que desenvolvesse UP. Este aspeto revela-se como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e vai de encontro aos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

Segundo a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) (2016) a incidência de UP adquiridas no peri-operatório pode chegar aos 57%, pelo que a prevenção de UP em contexto de perioperatório deve ser uma preocupação não só dos enfermeiros, mas de toda a equipa multidisciplinar. Wang et al., (2018) afirmam que existem cinco pontos chave para a prevenção de UP nestes ambientes: inspeção ou avaliação da pele; termorregulação; verificação de superfícies de apoio em relação à posição cirúrgica; uso/colocação adequada de dispositivos médicos; comunicação interprofissional.

No BO do CHL, o risco de desenvolvimento de UP não é avaliado porque todos os doentes são considerados de alto risco. Verificámos um cuidado constante em implementar medidas como a avaliação da pele, correta colocação de superfícies de apoio, adequada colocação de dispositivos médicos, bem como uma correta termorregulação. Na nossa prática de cuidados tivemos sempre em atenção a utilização destas medidas preventivas.

As UP são uma complicação comum nos serviços de urgência, mesmo quando o tempo de permanência dos utentes é reduzido, podendo a incidência chegar aos 19.1% (Liu et al., 2017). Algumas medidas podem ser usadas para prevenir as UP nos serviços de urgência, tais como a minimização da exposição à pressão, cisalhamento e humidade; implementação de cronogramas de reposicionamento; garantir que a pele esteja protegida de urina, fezes e outros fluidos; remoção de dispositivos médicos, como planos duros e colares cervicais assim que seja confirmada ausência de lesão; elevação do calcanhar usando dispositivos de posicionamento longitudinalmente ou o uso de dispositivos especiais de descarga; considerar a aplicação de profilaxia sacral e calcanhar com apósitos de espuma de silicone multicamada;

avaliação de risco nas primeiras 4 horas após admissão utilizando ferramentas validadas, como a escala de Braden ou a escala de Norton que tem uma versão específica modificada para uso em serviços de urgência. A *Pressure Ulcer Risk Primary or Secondary Evaluation Tool – PURPOSE T*, é uma escala que tem vindo a ganhar popularidade devido ao fácil uso (Santamaria et al., 2019).

No SUG não é utilizada a escala de Braden, instituída no CHL e todos os doentes são considerados como tendo alto risco de desenvolver UP (CHL, 2019f). Devido à grande afluência de utentes e constante sobrelotação, constatámos que o tempo de permanência dos utentes pode chegar a vários dias, ficando muito tempo deitados em macas que não lhes proporcionam o conforto desejável, levando assim a um grande risco de aparecimento de UP. Verificámos que existe uma preocupação por parte dos enfermeiros, mas denota-se um lapso de continuidade nas ações encetadas em contexto de urgência, de turno para turno, muitas vezes justificado pelo fluxo de doente e escassez de recursos. Neste sentido, procurámos prestar cuidados preventivos, adotando as medidas adequadas de forma a contrariar o aparecimento de UP.

A crescente evolução ao nível dos sistemas de informação em enfermagem foi decisiva para o desenvolvimento da profissão. Veio permitir evidenciar o trabalho realizado pelos enfermeiros junto da sociedade, aumentando a qualidade, a segurança e a confidencialidade, facilitando o acesso e melhorando a humanização dos cuidados prestados assim como trazer à tona dados essenciais para a gestão, formação e investigação (Bailas, 2016; Vieira, 2018). Entendemos que a acurácia, fiabilidade, rigor e confidencialidade dos registos revelam, de certa forma, a qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos que no SMI a documentação do processo de enfermagem poderia ser otimizada. No que concerne às intervenções de enfermagem na esfera do informar (educar, ensinar, explicar, etc.) a documentação ficava aquém do desejável. Raramente eram documentados os cuidados no âmbito do acolhimento, ensinamentos aos familiares, apoio emocional, entre outros. Jefferies et al. (2010), referem que a documentação deve conter o trabalho efetivamente realizado pelo enfermeiro, incluindo a educação e o suporte psicológico, e as intervenções de enfermagem devem ser documentadas de modo a poderem demonstrar os cuidados prestados. Este aspeto ganha particular relevância se o relacionarmos com a temática dos indicadores de saúde associados aos cuidados de enfermagem, que acreditamos terão um papel essencial na nossa profissão num futuro próximo.

A segurança dos dados e registos no BO é uma área de grande complexidade. Existem vários impressos em uso no BO, como o de registo no intraoperatório comum ao anestesiológico e ao enfermeiro de apoio à anestesia, o de registo na UCPA também comum a anestesiológico

e enfermeiro e o de registo na visita ao doente com dor aguda pós-operatória. Apesar de serem bem estruturados e funcionais, consideramos que todos eles poderiam ser substituídos por aplicações informáticas. Consideramos que o *software* utilizado no SMI do CHL, experienciado no EC II, seria uma mais valia a nível de acessibilidade, confidencialidade e segurança, tanto nas SO como nas UCPA.

No nosso ponto de vista as mudanças tecnológicas são imprescindíveis para a promoção da qualidade dos cuidados prestados. Durante os EC efetuámos registos rigorosos, precisos e confiáveis, procurando evidenciar as intervenções de enfermagem especializadas. O EE deve assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e “core” de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da PSC (OE, 2017).

A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. No entanto, a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro). Uma das medidas a adotar para redução de erros é a utilização de plataformas de notificação de erros ou “quase falhas” (*Health Quality Ontario*, 2017).

O CHL possui o sistema de notificação de incidentes HER⁺ disponível na intranet, por isso acessível a todos os profissionais. Qualquer profissional pode notificar a ocorrência dos diferentes tipos de incidentes, independentemente de serem de risco clínico ou não clínico. Após a notificação dos incidentes, o Gabinete de Gestão do Risco Clínico analisa-os, dando a resposta aos mesmos. Para realçar o caráter não punitivo da notificação, quando é iniciado o *software* é possível escolher fazer a notificação em modo anónimo. Ainda assim, denotámos alguma renitência à notificação, principalmente devido ao medo e receio de estigmatização, o que vai de encontro ao referido por Vrbnjak et al. (2016).

As práticas relacionadas com a redução do risco de IACS serão descritas mais adiante neste relatório, visto que entroncam com uma das competências específicas do EEEMCPSC.

Tratando-se de contextos de EC bastante específicos, existiram momentos em que sentimos dificuldades e foi necessário realizar um esforço acrescido de pesquisa e estudo. Procurámos estar sempre munidos de evidência atual, pertinente e de fontes de qualidade reconhecida.

Adotámos uma postura humilde, assumindo as nossas limitações, mas também não deixando de manifestar opiniões e transmitir conhecimentos quando considerámos oportuno. Assim, durante os EC foram vários os momentos de reflexão, partilha de experiências e troca de bibliografia com os enfermeiros orientadores, permitindo uma permuta ativa de conhecimentos, contribuindo para a melhoria contínua de cuidados. A reflexão esteve sempre presente, quer sobre os aspetos positivos, quer sobre os aspetos que considerámos que podiam ser melhorados. Em nossa opinião é através da análise deste binómio que podemos aumentar a qualidade e crescer individual e institucionalmente.

Em todos os EC foram elaborados trabalhos de reflexão e análise crítica de situações de cuidados, que se constituíram como oportunidades efetivas de crescimento e aprendizagem. Foram selecionados temas do interesse do estudante, mas que se revelaram oportunos nos vários contextos de EC. Em todos eles realizámos planos de cuidados com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (*International Council of Nurses (ICN)*, 2020). Este aspeto revelou-se bastante importante na troca de experiências e conhecimentos com os enfermeiros orientadores e demais elementos da equipa, visto a linguagem CIPE ser ainda um campo onde denotámos ser necessário mais investimento e formação por parte dos profissionais com quem contactámos durante os EC.

No âmbito da promoção da qualidade de cuidados sentimos que tivemos um papel construtivo em várias situações. Procurámos promover a melhoria da qualidade, avaliando as práticas efetuadas e alterando-as quando necessário. Promovemos uma prestação de cuidados num ambiente terapêutico e seguro, visando a prevenção de incidentes, a gestão do risco e o bem-estar do utente.

2.1.3. Domínio da gestão de cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem está patente a vários níveis e é fundamental para o alcance de metas como a qualidade, segurança e eficiência nos cuidados de saúde. Mororó et al., (2017) perspetivam a gestão de enfermagem em duas dimensões: a administrativa, onde são desenvolvidas ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos, cujo objetivo é viabilizar as condições adequadas para a oferta dos cuidados e para a atuação da equipa de enfermagem; e a dimensão assistencial, que tem como foco de intervenção do enfermeiro, as necessidades de cuidados de saúde com a finalidade de satisfazê-las de forma integral.

Neste campo a OE inclui duas competências relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem e otimização das respostas, assim como a liderança e gestão dos recursos adequando-os às situações e aos contextos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro).

Atualmente, a situação dos sistemas de saúde, quer a nível financeiro, quer devido à crescente carga regulamentar e às desigualdades em saúde, desafiam os enfermeiros a garantir um continuum de qualidade e de segurança (Goodyear & Goodyear, 2018). Durante os EC, através da observação dos Enfermeiros Chefes e dos enfermeiros coordenadores, constatámos que este é frequentemente um trabalho árduo, stressante e desgastante. É necessário garantir dotações adequadas, gerir recursos materiais, enquanto têm de assegurar que os enfermeiros se mantêm envolvidos através de um ambiente de trabalho positivo e saudável.

Os EC constituíram-se como momentos de efetiva aprendizagem no que diz respeito às valências de gestão e organização de serviços, com a vantagem de poder perceber e apreender em três realidades diferentes.

No SMI a gestão do serviço é feita pela enfermeira chefe, mas dada a complexidade do serviço, algumas funções são delegadas nos enfermeiros coordenadores, sobretudo no domínio da gestão assistencial. O enfermeiro coordenador no SMI conta com diversas funções, entre elas destacam-se: gestão de recursos humanos, procedendo à distribuição de doentes por enfermeiro, desconvocação de enfermeiros no caso de o número de vagas o permitir ou convocação de elementos extra se necessário; requisição de medicação que não existe no stock do serviço ou medicação que necessite de justificação clínica; gestão e registo dos estupefacientes; manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos; gestão de eventos problemáticos e resolução de conflitos; gestão de recursos materiais de forma atempada; requisição da colaboração dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações; decisão sobre empréstimos a outros serviços de materiais ou equipamentos. O coordenador substitui também outros enfermeiros na prestação de cuidados, caso estes necessitem de se ausentar ou em casos de horário reduzido.

As funções de enfermeiro coordenador são vitais para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. No SMI as funções de enfermeiro coordenador são maioritariamente exercidas pelo enfermeiro com maior número de anos de serviço e ocasionalmente por enfermeiros especialistas. No entanto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) esclarece que nos serviços de Medicina Intensiva, devem ser os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica a assumir as funções de coordenação (MCEEMC, 2018a).

No SUG a gestão é realizada pelo enfermeiro chefe em partilha com um enfermeiro que se pode designar como “subchefe”. Ambos partilham a gestão do serviço na vertente administrativa, mas também nalguns campos da vertente assistencial. Existe igualmente em todos os turnos um enfermeiro coordenador de turno. Este desenvolve tarefas como a gestão

dos elementos da equipa, gestão dos transportes dos doentes, controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SUG, reposição de níveis de medicação de todas as áreas do SUG, gestão de conflitos e interação com outros serviços prestadores de cuidados no que diz respeito a empréstimos de material.

No que diz respeito a serviços de urgência, a MCEEMC (2017a) declara que as equipas de serviço de urgência que dispõem de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa, porém ressalvam que não deve ser vedada a experiência clínica aos enfermeiros, conjugada à investigação e reflexão entre pares para as melhores práticas clínicas. Também no parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e da MCEEMC é referido que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências na área de gestão, todavia poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais desde que comprovada a sua competência para a função (Conselho de Enfermagem & MCEEMC, 2017). No SUG do CHL, existe um regulamento específico que define que os enfermeiros coordenadores são designados pelo chefe do serviço e que o cargo de coordenação é atribuído aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função, nomeadamente, saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado (CHL, 2019g).

O BO conta também, para além da enfermeira chefe, com uma enfermeira “subchefe”. Em todos os turnos está escalado um enfermeiro coordenador, que embora tenha funções atribuídas numa das SO de urgência, também auxilia na mobilização, substituição ou rendição de pessoal e fica responsável pela recessão e envio de material instrumental cirúrgico, requisição de medicação que necessita de justificação clínica, gestão e registo dos estupefacientes, gestão de stocks de materiais e manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos.

Concluímos, através da observação das recomendações dos pareceres emitidos pelos órgãos da OE, que deverão ser os Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desempenhar as funções de coordenador/chefe de equipa. Ainda assim, nesta análise temos de ter em conta o Regulamento nº 76/2018 de 30 de Janeiro, que descreve o Enfermeiro Gestor como aquele que detém um conhecimento concreto da disciplina de enfermagem no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, é o responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional e assume uma atitude ética e de responsabilidade social. Na experiência vivenciada nos EC,

pudemos confirmar que os enfermeiros que exercem funções de coordenação nos três serviços encaixam neste perfil, sendo profissionais com larga experiência, conhecimento, capacidades de comunicação, gestão de conflitos e trabalho em equipa.

Tivemos a oportunidade de em todos os EC acompanhar os enfermeiros orientadores em turnos com funções de coordenação e participar em todas as atividades realizadas. Algumas dessas funções já eram familiares, uma vez que fazem parte da nossa prática profissional diária, outras, no entanto constituíram-se como importantes aprendizagens. Aqui destacam-se sem dúvida as realizadas no BO, por ser um serviço com grandes particularidades. Neste contexto tivemos oportunidade de conhecer e preencher várias vezes a lista de verificação de SO, que é uma lista dividida em duas partes, uma de anestesia e outra de circulação. No BO tivemos também oportunidade de, com o apoio da enfermeira orientadora, fazer o registo informático de próteses, implantes e outros dispositivos utilizados nas cirurgias. Este registo serve por um lado para informatizar números de lote e referências dos dispositivos que foram implantados no doente e por outro lado para dar saída no stock, ficando automaticamente o pedido feito à respetiva empresa fornecedora daquele material.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados prestados. Assim, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente ou por dia, ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos. É reconhecido internacionalmente que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento nº 743/2019, de 25 de Setembro).

No SUG, à data de realização do EC, existiam 94 enfermeiros na prestação direta de cuidados, que se encontravam divididos em seis equipas de trabalho. No turno da manhã e tarde eram distribuídos 16 enfermeiros e 13 no turno da noite.

Tendo em conta o número de enfermeiros distribuídos por turno nas várias áreas de cuidados, foi possível fazer um exercício de cálculo de dotações seguras. A norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem salienta que para os serviços de urgência utiliza-se os postos de trabalho como base de cálculo, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência (Regulamento nº 743/2019, de 25 de Setembro). No caso particular do SUG do HSA, o cálculo da dotação segundo os postos de trabalho remete-nos para um total de cerca de 100 elementos necessários, valor superior ao valor real existente. Na apreciação destes números temos de valorizar o facto de muitas vezes

as áreas estarem com o dobro da lotação máxima de doentes prevista para aquela área e os doentes por vezes permanecerem muito mais do que 24 horas no SUG. Neste sentido, a norma em questão faz a salvaguarda de que se deve adaptar este cálculo ao conhecimento casuístico do fluxo de atendimentos, já que o mesmo não transparece a quantidade de trabalho.

Os enfermeiros do SUG estavam subdivididos em seis equipas de trabalho. Pudemos averiguar que a distribuição dos EEEMCPSC não era equitativa entre as várias equipas nem entre os vários turnos de trabalho. A MCEEMC recomenda que na elaboração das escalas de trabalho deva ser assegurada a distribuição equitativa destes especialistas pelos vários turnos (MCEEMC, 2016). Tendo em conta que o EEEMCPSC é um profissional com conhecimentos e capacidades diferenciadas, não só na prática efetiva, mas também noutros domínios, era importante que a distribuição destes profissionais pudesse ser otimizada.

Ainda relativamente à gestão de enfermeiros no SUG, queremos realçar que na área vermelha (emergência) estava sempre distribuído um enfermeiro por turno com formação em SAV, que quando não havia emergências auxiliava na prestação de cuidados na área amarela. A MCEEMC refere que a disponibilidade da equipa de emergência deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho (MCEEMC, 2018b). Na prática, o enfermeiro destacado na SE, estando a prestar cuidados na área amarela estava fisicamente próximo da área vermelha. Na possibilidade de estar numa situação de prestação de cuidados que não pudesse ser interrompida, outro enfermeiro com formação em SAV dirigia-se imediatamente à SE quando era acionada a campainha de emergência.

Relativamente ao método de trabalho utilizado no SUG não podemos afirmar com certeza que haja um claramente implementado, sobretudo nas áreas com maior lotação, como a área amarela e a área verde. Observámos que os cuidados eram prestados por vezes com base no método individual, outras com base no método por tarefa. O método por tarefa fundamenta-se na distribuição antecipada de tarefas padronizadas e definidas quanto à sua sequência e execução, para cada enfermeiro, ficando este responsável pela concretização das mesmas. Já no método individual o enfermeiro centra a sua atenção nas necessidades dos utentes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um limitado número de utentes, ficando responsável durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais aos utentes que lhe foram atribuídos (Kron & Gray, 1994; Frederico & Leitão, 1999; Costa, 1999 *as cited in* Silva, 2017). Durante o EC no SUG evitámos a prestação de cuidados com base no método de tarefas, pois consideramos que é despersonalizada, promove o erro e diminui a qualidade dos cuidados. Procurámos sempre prestar cuidados

com base no método individual, observando a pessoa como um todo, as suas necessidades e preferências, adequando os cuidados às mesmas. Ainda assim, compreendemos que no contexto de muitos serviços de urgência, enfrentando obstáculos como a sobrelotação e a escassez de recursos humanos, torna-se difícil implementar metodologias mais adequadas.

As UCI têm um rácio enfermeiro:doente flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com o perfil, missão e carteira assistencial (Paiva et al., 2017). De acordo com o Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro, o cálculo de dotações seguras para as UCI deve ser realizado tendo em conta a tipologia da unidade. Assim, recorrendo à fórmula apresentada no referido regulamento, e considerando um rácio de enfermeiro:doente de 1:2, obtemos um número de enfermeiros de aproximadamente 33,5. Este número é superior ao número de enfermeiros existentes na prestação direta de cuidados que é de 32. Se considerarmos o rácio de enfermeiro:doente de 1:1, tal como preconizado para unidades de nível III por Valentin e Ferdinande (2011), obtemos um número de enfermeiros necessários de 67.

A MCEEMC (2018a) preconiza que nos SMI 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área de Pessoa em Situação Crítica. No SMI não é possível atingir esta taxa, dada a inexistência de enfermeiros especialistas em número suficiente. O Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro, indica ainda que regra idêntica deve ser assegurada na constituição de cada turno. Pudemos verificar que a distribuição de enfermeiros especialistas não era uniforme de entre os vários turnos de trabalho, aspeto que pode ser melhorado.

A atividade dos enfermeiros nas UCI é de natureza bastante complexa, sendo necessária uma prestação de cuidados com grande rigor, segurança e qualidade. Nos últimos anos, tem-se assistido a uma preocupação crescente no desenvolvimento de modelos de gestão e surgiram instrumentos para o cálculo do número de enfermeiros necessários em cada UCI, de forma a assegurar os níveis de qualidade e segurança (Macedo et al., 2016). Desta forma foram criados sistemas de aferição, devido à necessidade de medir a eficácia das intervenções realizadas e a carga de trabalho de enfermagem que está associada à gravidade da pessoa em situação crítica (Elias et al., 2006). Um dos instrumentos pioneiros para esse propósito foi o *Therapeutic Intervention Score System (TISS) 28*.

O TISS 28, criado em 1974 e atualizado em 1983, mede a gravidade dos doentes e a carga de trabalho de enfermagem realizado nas UCI, baseando-se na quantificação das intervenções terapêuticas de acordo com a sua complexidade e no tempo despendido pelo enfermeiro para realização de procedimentos ao doente crítico (Padilha et al., 2005).

O TISS 28 é um instrumento amplamente disponível, validado e aplicado em UCI portuguesas, que transforma as atividades de enfermagem em tempo de trabalho (Severino et al., 2010). Também no SMI do CHL é este o índice utilizado. Este índice é avaliado todos os dias no turno da tarde, através da plataforma *B-Simple*[®] e tem em conta as atividades realizadas nas últimas 24 horas.

Teoricamente, este índice poderia ser útil na distribuição dos enfermeiros tendo em conta a carga de trabalho, no entanto pelo que observámos na prática diária do SMI, este instrumento tem pouca utilidade, pois não é tido em conta aquando a realização do plano de distribuição. A *European Society of Intensive Care Medicine* sugere que, em UCI, o rácio enfermeiro:doente de 1:1 é essencial, sendo que a carga de trabalho de um enfermeiro não deve exceder 40-50 pontos no TISS 28 (Macedo, 2017). Este valor é frequentemente ultrapassado no plano de distribuição diário de enfermeiros no SMI. Os valores obtidos no TISS 28 tão pouco são tidos em conta na avaliação de recursos humanos de enfermagem necessários à equipa.

Ao realizar o preenchimento do índice durante o EC, constatámos algumas intervenções de enfermagem não eram contempladas pelo TISS 28, nomeadamente as intervenções realizadas no âmbito da relação e comunicação estabelecida com o doente e família. Intervenções como o acolhimento de familiares, apoio emocional e apoio no luto não são contempladas. Sabemos que na prática, em termos de volume de trabalho de enfermagem, estas intervenções têm uma importância significativa.

O *Nursing Activities Score* (NAS) é outro índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, foi desenvolvido em 2003 a partir do TISS 28 com o objetivo de torná-lo mais representativo das atividades de enfermagem. O NAS contempla 80,8% das atividades de enfermagem, superando a abrangência de 43,3% do TISS 28, uma vez que descreve aproximadamente duas vezes mais o tempo dedicado pelo profissional de enfermagem no cuidado ao doente crítico quando comparado com o TISS 28 (Macedo, 2017).

Assim, consideramos que poderia ser ponderada a utilização do NAS, tal como acontece em outras UCI em Portugal. Embora a literatura considere que ambos os índices têm vantagens e desvantagens (Severino et al., 2010), a utilização do NAS poderia refletir melhor a carga de trabalho específica de enfermagem.

No que diz respeito ao método de trabalho, no SMI é utilizado o método individual, que foi anteriormente descrito. Existem outros métodos de trabalho descritos na literatura, destacando-se entre eles o método de enfermeiro responsável (Kron & Gray, 1994; Costa, 1999 *as cited in* Silva, 2017).

O método de enfermeiro responsável foi desenvolvido na década de 70 nos Estados Unidos da América e foi evoluindo até aos dias de hoje. Butler et al. (2011) caracterizam-no através da responsabilidade individualizada pelas tomadas de decisão em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados ao utente. Cabe ao enfermeiro responsável avaliar as necessidades, elaborar o plano de cuidados, mas também disponibilizar as informações clínicas essenciais para que outros prestem os cuidados por si definidos na sua ausência. O planeamento da alta é igualmente da responsabilidade do enfermeiro responsável. Silva (2017) descreve este modelo como vantajoso, uma vez que permite a criação de uma relação mais profunda entre enfermeiro/doente/família, promovendo a continuidade dos cuidados, personalização dos mesmos e segurança do doente desde a admissão até a alta. Como limitações, relata a difícil implementação quer pelo tipo de horários praticados, pelas trocas no horário e quando a taxa de rotação de doentes é elevada, exige uma maior dotação de pessoal e elevados níveis de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais dos enfermeiros.

Um estudo realizado por Molin et al. (2018) revelou a viabilidade da implementação deste método de trabalho e demonstrou ter impacto positivo nos enfermeiros, nos doentes e também a nível organizacional. Melhorou os resultados dos doentes sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido considerando as vantagens enumeradas e olhando às especificidades do SMI, tipologia de doentes, duração média de internamento e características dos profissionais da equipa, este método de trabalho em enfermagem poderia ser implementado.

Os BO são um dos serviços mais dispendiosos dentro de um hospital, tanto a nível de recursos físicos como humanos. Sendo o ponto de convergência de muitas das atividades de um hospital, envolvendo a maior parte dos serviços e especialidades médicas existentes, têm um papel fulcral na produção e nos resultados do mesmo (Ferreira, 2017). Desta forma, a utilização eficiente e rentabilização do BO é essencial para a instituição.

Com o decorrer do EC percebemos a complexidade da gestão do BO, quer relativamente a recursos humanos, quer recursos materiais. Em termos de recursos humanos, a equipa é distribuída semanalmente pelas diferentes áreas do serviço e pelas várias SO. Existem enfermeiros que ficam maioritariamente afetos a determinadas áreas, de forma a rentabilizar as dinâmicas, especialmente quando se trata de especialidades com grande panóplia de equipamentos e técnicas cirúrgicas, como por exemplo Otorrinolaringologia ou Ortopedia.

Siirala et al. (2019) afirmam que os enfermeiros gestores têm um papel central nos contextos perioperatórios. A programação diária tem de ser bem delineada, devendo os enfermeiros gestores estar preparados para mudanças constantes, garantindo mesmo assim um processo

assistencial tranquilo e seguro ao utente. Foi este binómio entre imprevisibilidade e segurança que observámos na gestão do BO o HSA.

No que concerne às dotações seguras de enfermagem, a gestão era feita de forma cuidada e constatámos que no BO do HSA estavam sempre e em todas as SO distribuídos três enfermeiros para as funções de anestesia, circulação e instrumentação, indo de encontro ao preconizado no Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro. Nas UCPA estavam distribuídos dois enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e um enfermeiro no turno da noite, fazendo com que pudessem haver situações em que o rácio enfermeiro:doente fosse menor que 1:2. Como o BO do HSA serve também uma população pediátrica, segundo o mesmo regulamento, deveria existir pelo menos um Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica de apoio à SO, ao recobro e às consultas perioperatórias, o que não se verifica. Não existiam ainda na equipa enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória.

Os três EC realizados contribuíram com imensas aprendizagens no domínio da gestão e liderança, domínio esse que sentíamos necessidade de desenvolver. Cabral et al. (2018) afirmam que a liderança em enfermagem envolve uma miríade de responsabilidades, quer estratégicas, quer interpessoais. Estas incluem a criação de caminhos alternativos, projeção de novas maneiras de trabalhar para responder às mudanças; a resposta às necessidades dos utentes, maximizando o desempenho organizacional, mantendo simultaneamente a moral da equipa em alta; o trabalho com a equipa de enfermagem e juntamente com as instâncias superiores. Várias destas responsabilidades foram observadas em EC, nos enfermeiros orientadores, nos coordenadores e nos chefes e subchefes. Percebemos o quão difícil se torna atualmente gerir um serviço de prestação de cuidados, com todas as limitações de recursos, com objetivos em termos de produção de cuidados bastante ambiciosos, não deixando decair a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o REPE “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade de gestão (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, p. 2961). A OE (2017) indica que estes devem procurar permanentemente a excelência no exercício profissional, assegurando e garantindo a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados. Foi tendo em conta estas duas premissas que se desenvolveram os EC. Procurámos analisar a realidade dos contextos encontrados, compará-la com aquilo que são as recomendações para práticas de cuidados seguras e refletir sobre esta dicotomia com os enfermeiros orientadores. Não raras vezes chegámos à conclusão de que o EE tem ainda um longo caminho a percorrer para a afirmação do seu papel no sistema de saúde. O desenvolvimento desse papel passa pela

diferenciação da sua intervenção, não apenas na prática de cuidados no “terreno”, mas também através da participação em estruturas decisórias que definem e traçam o rumo dos cuidados de saúde no nosso país. Acreditamos que enquanto futuros EE, deveremos ter um papel importante neste aspeto.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais surge como a quarta competência específica do EE. Neste campo o EE deve ser um profissional capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e deve igualmente basear a sua prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro).

“O autoconhecimento é fundamental... tanto para a vida pessoal como para a vida profissional, sensibiliza-nos para as nossas motivações, modos de reagir, os valores que habitam em nós, as nossas necessidades, os nossos paradoxos e dissimulações...” (Bermejo, 2005, p. 37). Tornar-se autoconsciente não ajuda apenas os enfermeiros no desenvolvimento de uma relação terapêutica e interpessoal, permite também melhorar as habilidades de pensamento crítico, discernimento, definição adequada de objetivos, tomada de decisão clínica e para uma melhoria na gestão do stress (Han & Kim, 2016; Rasheed, 2015). Neste sentido, o autoconhecimento constitui-se como um recurso importante ao longo de todos os EC. O autoconhecimento das virtudes, mas também das limitações, levou a períodos de reflexão acerca dos valores e comportamentos demonstrados aquando da prática de cuidados. Só dessa forma conseguimos alcançar o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para o desenvolvimento das presentes competências.

Consideramos que ao longo dos EC demonstrámos um ganho natural e efetivo a nível de autonomia e conseqüente melhoria do desempenho. No entanto, situações existiram em que não sentimos imediatamente a confiança necessária para realizar determinadas intervenções de forma autónoma. Referimos, como exemplo, uma situação em que houve necessidade de iniciar Técnica de Substituição Renal Continua (TSRC) a um doente no SMI. Neste processo situámo-nos sobretudo numa posição de observador. Sentimos que muitas experiências em EC foram de encontro à teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb lecionada na componente teórica do Mestrado. O autor definiu o processo de aprendizagem experiencial num ciclo de quatro etapas, que funcionam articuladas e de forma circular repetindo-se continuamente: observação reflexiva, experiência concreta, concetualização abstrata e experimentação ativa (Kolb, 1984, *as cited in* Aleixo, 2014).

Pudemos sempre contar com a importante colaboração dos enfermeiros orientadores na busca de novas oportunidades de aprendizagem. A reflexão conjunta sobre as práticas

clínicas revelou-se uma ferramenta vital (Peixoto & Peixoto, 2016), permitiu o desenvolvimento de elevados níveis de conhecimentos teóricos, identificando lacunas no conhecimento e revelando oportunidades de investigação e melhoria.

Nesta perspetiva, os EC foram bastante ricos na aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências. Desenvolvemos várias competências no que diz respeito à prestação de cuidados à PSC. Para isso contribuiu o facto de os locais de realização de estágio serem serviços estimulantes, com um grande nível de exigência e especificidade, que nos provocaram uma necessidade contínua de pesquisa e investimento pessoal. No contexto específico da UCPA, a prestação de cuidados foi facilitada pelo facto de ser mais aproximada da nossa prática diária, mas nem por isso deixou de ser uma experiência enriquecedora. Os turnos realizados nesta unidade foram uma mais valia, pois permitiram cimentar conhecimentos anteriores e uma troca de experiências profissionais com os enfermeiros.

Ao longo do período de EC adotámos sempre uma postura de iniciativa em busca de situações de aprendizagem, procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica continua e pertinente. A prática baseada em evidência facilita o processo de tomada de decisão clínica, integrando a experiência clínica, as preferências dos doentes e a mais recente evidência científica. Relaciona-se com resultados positivos e consequentes ganhos em saúde para os doentes (Goot et al., 2018).

Perrin e MacLeod (2018) afirmam que o enfermeiro que cuida do doente crítico deve desenvolver um raciocínio clínico que inclua a tomada de decisão clínica, pensamento crítico e uma compreensão global da situação, aliada às habilidades de enfermagem adquiridas através de um processo de integração do conhecimento formal e experiencial. Concordando com as autoras, consideramos que durante a prestação de cuidados ao doente crítico, é necessário um domínio aprofundado de saberes, capacidade de lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise, rapidez no estabelecimento de prioridades e ação, sendo assim fundamental a consciencialização da tomada de decisão.

A tomada de decisão é definida como uma componente fundamental na prática de enfermagem, a etapa final do raciocínio clínico na resolução de problemas, onde é necessário realizar uma gestão adequada das dificuldades, com base num adequado julgamento clínico (Banning, 2008). Deve ser feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência, para que resulte no alcance do objetivo (Almeida et al., 2011). Tem por base três requisitos fundamentais: a existência de conhecimentos na área de atuação; a existência de habilidades de pensamento, de forma a aplicar os conhecimentos de forma efetiva; e uma perceção adequada sobre a situação ou problema (Dowding et al., 2012; Johansen & O'Brien, 2015).

O processo de tomada de decisão é complexo e deve contemplar as seguintes etapas: identificação do problema, reunião de dados para análise das causas e das consequências do problema, investigação de soluções alternativas, avaliação das alternativas, seleção da solução mais adequada, implementação da solução escolhida e avaliação dos resultados (Almeida et al., 2011).

A construção do conhecimento é essencial ao exercício da profissão de enfermagem, para que possamos solucionar de uma forma eficaz os dilemas inerentes aos cuidados de saúde que prestamos. Os EC realizados contribuíram para um aumento significativo deste conhecimento, para uma melhoria na análise crítica sobre a prática profissional, e consequente aumento da segurança na prestação de cuidados, visando a tomada de decisão responsável.

Realçamos ainda os ensinamentos relativos à competência emocional e gestão de conflitos. Os cuidados à PSC são normalmente geradores de muitas emoções, stress e cansaço. Wolfe et al. (2018) afirmam que nestes ambientes, os conflitos podem tornar-se enérgicos devido à pressão da urgência e o risco de morte associado à atividade realizada.

Jerng et al. (2017) afirmam que os conflitos interpessoais podem ser consequência de má comunicação, stress excessivo no trabalho ou prioridades de tarefas concorrentes não resolvidas. Uma vez desenvolvido, o conflito pode provocar efeitos deletérios sobre os trabalhadores, interferindo no desempenho e satisfação da equipa. Além disso, os conflitos estão associados à diminuição da qualidade no atendimento ao utente, taxas mais altas de erros médicos, maior nível de esgotamento da equipa e maiores custos diretos e indiretos do atendimento (Jerng et al., 2017).

A nível da literatura existe referência a vários estilos de gestão de conflitos. Os autores Rahim e Bonoma criaram um modelo bidimensional, que inclui a gestão de conflitos centrado na combinação de duas dimensões: numa das dimensões o indivíduo procura tentar satisfazer os seus interesses, ou seja, manifesta preocupação apenas consigo próprio (assertividade); na outra dimensão o indivíduo procura tentar satisfazer os interesses da outra parte, mais concretamente, corresponde a uma preocupação com os outros (cooperação) (Rahim e Bonoma, 1979 *as cited in* Cunha et al., 2018).

O modelo de Rahim e Bonoma é composto por cinco estilos de gestão de conflitos, que são o evitamento (não assertividade e não cooperação), a acomodação (não assertividade e cooperação), a dominação (assertividade e não cooperação), o compromisso (misto de assertividade e de cooperação) e a colaboração (assertividade e cooperação) (Gonçalves, 2017). Cunha et al. (2018) realçam que não existe um estilo considerado melhor ou pior, cada

um tem as suas vantagens e desvantagens e está sujeito às características próprias de cada contexto. No caso da saúde, a conflitualidade está sempre presente devido também a fatores como a elevada tensão intra e interpessoal, excessiva competitividade profissional, horários de trabalho por turnos, natureza intrínseca do trabalho, complexidade das personalidades envolvidas nas tarefas e vulnerabilidade constante entre doente e profissional de saúde.

Relembramos uma situação de gestão de um conflito no SUG, em que após uma situação de Paragem Cardiorrespiratória com manobras de SAV gerou-se na SE uma discussão entre médicos de duas especialidades envolvendo também o enfermeiro. O enfermeiro coordenador apareceu prontamente, interveio como mediador utilizando um estilo colaborativo e a forma como o resolveu serviu como uma grande aprendizagem. Os enfermeiros são confrontados continuamente com diversos conflitos, causados pela própria organização de saúde ou mesmo pela própria equipa de trabalho em que estão inseridos. O conflito deve ser encarado de forma positiva de modo a poder extrair contributos positivos e enriquecedores, convertendo-os numa experiência produtiva (Borges, 2013).

Katz (2007) afirma que o potencial de surgimento de conflitos interpessoais no BO é especialmente grande. De facto, no EC III presenciámos alguns conflitos de várias etiologias e com diferentes intervenientes. Em algumas ocasiões verificámos o surgimento de situações conflituosas que foram bem resolvidas, porque a dada altura emergiu alguém que conseguiu impor a sensatez necessária, quebrando o ambiente tenso e emotivo que se instalava na SO. Outras vezes, pelo contrário, os conflitos não foram adequadamente geridos e percebemos que o ambiente tenso se prolongou durante muito tempo.

Mckibben (2017) refere que a identificação antecipada de um potencial conflito, conferindo-lhe a atenção necessária e evitando que haja dispersão do mesmo, são aspetos essenciais. Em caso de conflito, as partes envolvidas têm dificuldade em desenvolver estratégias de resolução adequadas. Neste sentido, os enfermeiros devem ser capacitados e educados sobre estratégias de gestão de conflitos, para que possam promover uma gestão construtiva dos mesmos.

A nível organizacional, é recomendada a formulação de programas de treino envolvendo cenários simulados. A implementação de programas estruturados de treino em gestão de conflitos, com a realização de exercícios reflexivos e representação de papéis, pode ser benéfica para facilitar a aprendizagem na seleção de estilos construtivos de gestão de conflitos (Labrague et al., 2018).

A observação e análise de situações de conflito ou potencial conflito e a forma como foram geridas, aliada à pesquisa realizada, revelaram-se como uma oportunidade aproveitada para desenvolver mais habilidades neste campo.

O EE deve assumir-se como empreendedor e facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). Neste campo, salientamos que ao longo deste percurso pelos três EC foi crucial a elaboração de trabalhos de análise de situações de cuidados. Em todos eles foi realizado um exercício reflexivo sobre um caso clínico específico, permitindo a elaboração de focos, diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem em linguagem CIPE®, com a finalidade de planear, aplicar e avaliar os cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos.

No EC I foi realizado um trabalho sobre o impacto que do Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem no utente e família, analisando o quadro de competências específicas do EEEMCPSC. Focámos a atenção em três eixos de intervenção: a prevenção do agravamento da situação de uma vítima de AVC; o estabelecimento de estratégias de comunicação com uma pessoa com barreiras à comunicação causadas pelo AVC; e a intervenção precoce junto da família da vítima.

No EC II julgámos adequado desenvolver um trabalho acerca do *delirium*, dado o contexto de prestação de cuidados no SMI. O *delirium* tem consequências graves para o doente, família e profissionais de saúde. Constatámos que neste serviço não era utilizada nenhuma escala de avaliação de *delirium*, nem estava instituído nenhum protocolo de prevenção deste evento adverso, pelo que o desenvolvimento deste trabalho se mostrou pertinente.

Por ser uma área de interesse particular do estudante, o *delirium* será também o tema principal da RSL a apresentar na Parte II deste documento. O *delirium* está associado a várias consequências clínicas nefastas, incluindo complicações importantes como declínio cognitivo, angústia, aumento de níveis de dependência, maior tempo de internamento com aumento de custos associados e maior mortalidade (Ryan et al., 2013; Siddiqi et al., 2016; Vlisides & Avidan, 2019).

No EC III analisámos a temática do controlo da dor em pessoas submetidas a cirurgia, que se revela um enorme desafio para os profissionais de saúde. A dor é um fenómeno presente, direta ou indiretamente, em todas as fases do processo cirúrgico e a sua prevenção e tratamento deve ser prioridade para os enfermeiros, com responsabilidades acrescidas para o EEEMCPSC no âmbito das suas competências específicas.

Os trabalhos de análise reflexiva de situações de cuidados foram partilhados com os enfermeiros orientadores e outros elementos da equipa, com o intuito de promover a partilha, discussão e reflexão conjuntas.

Durante o EC II surgiu oportunidade de participar numa formação no âmbito das TSRC, plasmaferese e remoção extracorporeal de dióxido de carbono. A formação foi uma mais-valia para o aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos.

No contexto formativo, no EC I foi realizada uma formação acerca do plano de catástrofe do HSA. Considerando que o EE deve ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro), bem como atendendo à pertinência do tema, a realização da formação revelou-se extremamente enriquecedora.

No período em que decorreram os EC, participámos também na organização das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - “*Golden Hours*” que se realizaram na ESSLei. Apesar de não ser um evento curricularmente inserido nos EC, a organização das jornadas revelou-se uma excelente oportunidade de aprendizagem. Foi possível contactar com enfermeiros peritos na área da especialidade, apreendendo novos conhecimentos, enquanto contribuímos para a disseminação do conhecimento pela comunidade, o que se revelou muito gratificante.

Analisando as vicissitudes dos períodos de EC, é possível afirmar que foram prestados cuidados complexos e específicos, que conduziram à aquisição e aplicação de conhecimentos e ao desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva. A partilha de experiências e conhecimentos revelou-se uma mais valia para todos. Acreditamos que a identificação de oportunidades de melhoria, reflexão e partilha dos resultados dessa reflexão, enriqueceu não apenas o estudante, mas também os orientadores e os contextos de EC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), o grau de Mestre implica um conhecimento exímio num determinado domínio de estudos ou competências, o que se coaduna com o MEPSC. Neste patamar torna-se primordial desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico diferenciados, em que as aprendizagens se desenvolvem de um modo essencialmente autónomo (Benner, 2005).

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com

o intuito de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Neste sentido, foram definidas pela OE as competências específicas do EEEMCPSC (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho) e nos próximos três subcapítulos será realizada uma análise reflexiva, relacionando as experiências vivenciadas com as referidas competências.

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

Os cuidados à pessoa em situação crítica desenvolvem-se em contextos complexos, a um ritmo vertiginoso e em constante evolução. Prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade e com ganhos em saúde para o doente, neste contexto, torna-se um desafio (Sutton & Jarden, 2016). Considerando a complexidade das situações de saúde e dos contextos de prestação de cuidados, pretende-se que o EEEMCPSC mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

O EC I decorreu no SUG e, apesar de extremamente desafiante, veio a revelar-se riquíssimo em termos de aprendizagem e crescimento pessoal. Crouch et al. (2017) afirmam que a enfermagem de emergência é uma das especialidades mais desafiadoras da enfermagem. Exige que os enfermeiros façam a gestão da ambiguidade, mudanças rápidas no ritmo e intensidade de trabalho e que tenham um conhecimento de um número significativo de apresentações clínicas, doenças e condições.

O EC I foi muito rico e com uma grande panóplia de situações que geraram aprendizagens. De forma resumida, na SE tivemos oportunidade de cuidar de pessoas vítimas de:

- AVC com aplicação de protocolo de Via Verde de AVC em muitos casos;
- Trauma (acidentes de viação, queda, atropelamento), onde pudemos realizar técnicas de imobilização de politraumatizados, gestão da dor e acompanhamento e transporte do doente instável;
- Dor torácica e palpitações, com aplicação de protocolo via verde coronária num caso, colaboração na técnica de cardioversão noutro caso;
- Paragem respiratória e dispneia grave, tendo oportunidade de colaborar na colocação de ventilação invasiva e não invasiva;
- Alterações do estado de consciência, intoxicação, queimadura, choque séptico, pré-afogamento, epistaxes grave, entre outros.

A prestação de cuidados nestas situações foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas do doente. Smith e Bowden (2017) atestam que o reconhecimento e intervenção precoce em doentes que deterioram o seu estado, diminui o risco de internamento em cuidados intensivos assim como de mortalidade e morbilidade. Para isso, a abordagem sistemática ABCDE (**A**irway/via aérea; **B**reathing/ventilação; **C**irculation/circulação; **D**isability/disfunção neurológica; **E**xposure/exposição) para avaliação do doente revela-se de extrema importância. Num cenário agudo, o uso da metodologia ABCDE ajuda a economizar tempo valioso, melhora os resultados, ajuda os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida e melhora o desempenho da equipa (Thim et al, 2012). Este era o método utilizado para abordagem do doente e também para realização dos registos na SE, tendo facilitado a rápida avaliação, intervenção e realização de registos completos e sistematizados.

No decorrer do EC I existiram situações que refletiram a constante instabilidade hemodinâmica e em que o facto de se ter perspicácia ajudou a reagir rapidamente. Como exemplo referimos uma situação de um utente na área amarela, que já estava previamente imobilizado dos membros superiores por agitação, iniciou um quadro de ainda maior agitação. Dirigimo-nos perto dele e percebemos que estava com sinais de dificuldade respiratória, tomámos medidas para reverter essa situação. Foi realizada gasometria arterial, que revelou alterações relevantes. Foram prestados os cuidados adequados e após algumas horas deixou de ser necessária a contenção mecânica. Outra situação prendeu-se com um doente internado na área laranja com pancreatite aguda a quem fomos avaliar uma glicémia capilar e que encontrámos em *gasping*. Encaminhámos o doente para a SE, iniciámos manobras de SAV, colaborámos na entubação orotraqueal e participámos na transferência para o SMI. A capacidade de avaliação e decisão rápida são características que se desenvolvem com base no conhecimento científico, mas também fruto da experiência acumulada. Matney et al. (2016) afirmam que a prática nos serviços de urgência requer proficiência e é sustentada em conhecimento e perícia, inclui avaliar a informação, identificar um problema e criar e/ou modificar planos de acordo com as necessidades que surgem. Julgamos que durante o EC I fomos gradualmente aprimorando estas competências, tendo aumentado significativamente a capacidade de identificação rápida de focos de instabilidade e responder aos mesmos de forma pronta e antecipatória (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

O EC II providenciou também um vasto leque de vivências e intervenções enriquecedoras. A enfermagem em cuidados intensivos envolve uma série de aptidões, classificadas como psicomotoras (ou técnicas), cognitivas ou interpessoais. A aplicação de habilidades

específicas requer treino especial e prática para permitir a proficiência, conduzindo à competência clínica (Elliott et al., 2012).

Ao longo do EC realizado no SMI fomos melhorando a capacidade de observação, juízo crítico e avaliação sistematizada do doente. Houve oportunidade de participar na admissão de vários doentes, colaborando na realização da avaliação inicial. Estabelecemos planos de cuidados e intervenções de enfermagem e à medida que íamos detetando alterações, terminámos diagnósticos de enfermagem já resolvidos ou elaborámos novos.

O SMI revelou-se um campo de estágio profícuo para o desenvolvimento de conhecimentos em diversas áreas. O facto de diariamente procedermos à colheita e realização de gasometrias arteriais, proporcionou um aprofundar de conhecimentos nesta temática. Demonstrámos sempre preocupação em interpretar os resultados e relacioná-los com o doente, diagnósticos, modo ventilatório, medicação e evolução do mesmo.

O EC II foi profícuo na prestação de cuidados a doentes com alterações do foro respiratório, particularmente doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Nos últimos 50 anos, desde que foi introduzida a VMI por pressão positiva, foram desenvolvidos dezenas de métodos de ventilação por pressão positiva (Marino & Galvano, 2017). Tivemos oportunidade de conhecer alguns modos ventilatórios: pressão controlada, pressão assistida, volume controlado, volume assistido e ventilação mandatória intermitente e sincronizada. Desenvolvemos aptidões na interpretação dos modos ventilatórios, características inerentes a cada modo e relação das mesmas com as necessidades dos doentes.

A prestação de cuidados a doentes sob VMI permitiu desenvolver intervenções de enfermagem autónomas que, segundo Perrin e MacLeod (2018), são essenciais para o enfermeiro de cuidados intensivos, das quais destacamos: garantir presença e operacionalidade de ressuscitador manual na unidade do doente; garantir presença e operacionalidade de sistema de aspiração; responder rapidamente aos alarmes do ventilador e fazer a sua interpretação; avaliar o nível do tubo endotraqueal na comissura labial ou arcada dentária; avaliar pressão do *cuff*; monitorizar sinais de possível ulceração devido à presença do tubo; monitorização de nível de consciência e sedação; monitorização de saturações de oxigénio; evitar desconexões desnecessárias do sistema de ventilação; monitorização de secreções e suas características.

Constatámos que no SMI não era realizada a monitorização de capnografia, apesar dos monitores terem essa faculdade e existirem dispositivos para essa função. A capnografia permite, entre outras faculdades, detetar precocemente alterações na relação ventilação/perfusão a nível pulmonar. Todos os doentes em UCI dependentes de vias aéreas

artificiais, devem ter monitorização contínua de capnografia e o seu uso pode melhorar substancialmente a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (Kerslake & Kelly, 2017).

Relativamente à aspiração de secreções endotraqueais em doentes submetidos a VMI pudemos constatar que por vezes era realizada por rotina, sem haver uma real necessidade de aspiração. Os sinais de presença de secreções são, entre outros, ver ouvir ou sentir secreções no tubo endotraqueal, aumento da pressão de pico, diminuição de volume corrente, padrão serrilhado nas curvas de fluxo e volume mostradas no ventilador (*American Association of Respiratory Care* (AARC), 2010). É aconselhado que a aspiração de secreções seja feita apenas quando haja presença de secreções e não por rotina (AARC, 2010).

Tivemos oportunidade de proceder à aspiração de secreções em circuito fechado. A aspiração em circuito fechado está indicada em doentes com elevada fração inspirada de oxigénio, elevada pressão positiva no final da expiração, elevado risco de desrecrutamento alveolar (AARC, 2010) e em situações em que haja infeções das vias aéreas, para proteção da equipa (Martins et al., 2014). No entanto, no que diz respeito a consequências para o doente, nomeadamente incidência de Pneumonia Associada à Intubação (PAI) e taxa de mortalidade, não há diferença significativa entre a utilização de sistemas de aspiração endotraqueal abertos ou fechados (Aryani & Tanner, 2018).

Ainda no âmbito dos cuidados de enfermagem ao doente submetido a VMI, a comunicação foi uma atividade em que conseguimos desenvolver competência de forma assinalável. A ventilação mecânica, com entubação endotraqueal, impede o doente de comunicar oralmente, assumindo-se como uma das situações que torna os doentes mais vulneráveis e está associada ao aumento de emoções negativas e dos níveis de frustração (Martinho & Rodrigues, 2016). Para poder minimizar esses sentimentos, procurámos estabelecer com estes doentes uma comunicação clara, explicando os procedimentos que seriam realizados e esperando obter *feedback*. Utilizámos perguntas fechadas e curtas de forma a serem percecionadas mais facilmente, incentivámos à expressão pelo aceno de cabeça, pestanejo ou apertar das mãos. Esta foi uma atividade que desempenhámos por várias vezes, mas recordamos uma situação específica de um doente internado por agudização da sua doença respiratória crónica, submetido a VMI com reduzidos níveis de sedação, que estava consciente e orientado. Através da utilização do “quadro mágico” foi possível ao doente explicar a sua história clínica e ficámos a saber que tinha sido vítima de dois enfartes agudos do miocárdio e submetido a colocação de *stent* cardíaco, dados que se revelaram importantes no estabelecimento do seu plano terapêutico daí em diante. Julgamos ter desenvolvido competências no âmbito da adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde

bem como o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Como foi referido anteriormente a EEMI do HSA encontra-se integrada no SMI. A ativação da EEMI era sempre um momento gerador de algum stress e ansiedade na equipa, uma vez que a mesma ficava com menos um elemento na prestação de cuidados durante um período de tempo indefinido. Quando questionámos acerca da possibilidade de estar um enfermeiro afeto apenas à EEMI, foi-nos dito que esse assunto já tinha sido abordado e que por insuficiência de recursos não era possível fazê-lo. A EEMI era composta por vários enfermeiros, estando destacado um por cada turno, mas nem sempre era o EEEMCPSC que ficava com essa função, ao contrário do que recomenda a MCEEMC (2017b).

Colaborámos com a EEMI numa ativação e uma vez que a informação foi dada previamente por telefone, conseguimos conceber, planear, intervir e gerir a resposta, de forma pronta e sistematizada, tendo em conta a instabilidade do doente (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho). Dirigimo-nos a um serviço de Medicina, o doente encontrava-se em assistolia, iniciámos manobras de SAV, mas infelizmente não foi possível reverter a grave situação.

O último EC realizado decorreu no BO do CHL. O local de estágio proporcionou um número significativo de aprendizagens. Tivemos oportunidade de conhecer todas as áreas de intervenção do enfermeiro no âmbito dos cuidados em contexto perioperatório: CEPO, funções de enfermagem de anestesiologia, circulação, instrumentação, colaboração em exames de diagnóstico com apoio de anestesiologia, UCPA e visita ao doente com dor aguda pós-operatória. Todas estas áreas de intervenção exigem um vasto leque de conhecimentos e competências. Sentimos grande necessidade de mobilizar conhecimentos, utilizar habilidades desenvolvidas em EC anteriores e fazer pesquisas para complementar ou compreender alguns aspetos. Só desta forma foi possível dar uma resposta adequada.

As funções do enfermeiro de anestesiologia são variadas, pelo que realizámos inúmeras atividades neste âmbito, mas destacamos apenas as de maior relevo para a aprendizagem: acolhimento do doente no BO procurando estabelecer uma relação empática e de confiança, esclarecendo dúvidas no sentido de diminuir a sua ansiedade face à anestesia e ao procedimento cirúrgico; preparação do material e da terapêutica para o ato anestésico; colaboração na indução anestésica através da administração terapêutica; promoção e manutenção da temperatura corporal do doente; observação e vigilância contínua do doente através de uma monitorização contínua dos parâmetros vitais; colaboração no despertar do doente; transferência do doente para a UCPA; realização de registos por forma a documentar todos os cuidados de enfermagem prestados durante a cirurgia.

O desenvolvimento de competências como enfermeiro de anestesiologia foi uma experiência gratificante, particularmente quando se tratava de cirurgias major. Conseguimos aprimorar conhecimentos no que diz respeito à monitorização contínua do doente, deteção atempada de focos de instabilidade e atuação em conformidade (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Tivemos também oportunidade de experienciar as funções de enfermeiro circulante. O enfermeiro circulante tem como foco da sua prestação de cuidados a equipa cirúrgica, o ambiente, a prevenção da infeção, a organização da SO e o risco inerente aos procedimentos realizados no BO, promovendo assim a segurança da equipa e da pessoa (AESOP, 2006). Neste contexto pudemos realizar todas estas atividades, destacando-se a manutenção das condições de segurança para a pessoa e para a equipa no que diz respeito aos possíveis riscos ambientais, biológicos ou radiológicos. Concluimos que a função de enfermeiro circulante, embora seja por vezes menos valorizada, é essencial na redução de riscos associados ao procedimento cirúrgico.

O enfermeiro instrumentista é o terceiro elemento de enfermagem presente na SO. Desempenha funções muito específicas, estando diretamente inserido na equipa cirúrgica. Tivemos oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora em duas ocasiões nesta função, apenas numa perspetiva de observação. Tendo em conta as características do EC e os objetivos delineados para o mesmo, não havia intuito de desenvolver competências nesta vertente. Ainda assim, foi interessante perceber a importância do profissional de enfermagem nesta área específica.

O período pós-anestésico é um momento crítico para o doente pois as suas funções fisiológicas vitais encontram-se alteradas pela anestesia e intervenção cirúrgica, necessitando de observação e monitorização cuidadosa. Na UCPA constatámos a importância do enfermeiro nestes contextos. A AESOP (2006, p. 159) afirma que o enfermeiro da UCPA deve ter "(...) boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões, calma na atuação e capacidade de adaptação a novas situações". Durante o EC a UCPA foi encarada com especial atenção no que diz respeito à prática de cuidados de enfermagem, pois consideramos que a intervenção do enfermeiro na UCPA é fundamental no que diz respeito à identificação de focos de instabilidade, implementação de respostas técnicas e comportamentais de maior complexidade, monitorização e avaliação das respostas às intervenções, identificação de situações de urgência e tomada de decisão. Estes aspetos entroncam nas competências do EEEMCPSC, nomeadamente a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Na UCPA conseguimos desenvolver várias competências. De acordo com as necessidades de cada utente, realizámos intervenções de enfermagem como: monitorização e otimização da função respiratória, cardio-circulatória, renal e equilíbrio hidro-electrolítico; monitorização de alterações ao nível do estado de consciência; monitorização e intervenção para prevenção de lesões da pele e mucosas; monitorização de bloqueios motores; controlo de náuseas e vómitos pós-operatórios; avaliação, prevenção e tratamento da dor através da administração de terapêutica por via endovenosa e epidural e aplicação de técnicas não farmacológicas como posicionamentos, massagens de conforto, aplicação de frio e sempre que possível redução das luzes e do ruído; preparação de dispositivos de infusão contínua de analgesia e dispositivos de analgesia controlada pelo doente, quer por via epidural quer endovenosa, assim como ensinamentos ao doente acerca do seu funcionamento.

Destacamos o trabalho essencial que o enfermeiro desempenha na UCPA, uma vez que é o profissional que está permanentemente a monitorizar o doente e rapidamente identifica qualquer alteração na sua condição, quer física, quer emocional. Neste âmbito, a especialização nos cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica passa pela elevada capacidade de interpretar antecipadamente sinais e sintomas que vão surgindo (estado geral, padrão respiratório, nível de consciência, comunicação, subjetividade das queixas dolorosas), estabelecimento de estratégias e definição de prioridades de intervenção.

A observação do doente constitui-se como competência fundamental do EEEMCPSC, estando intimamente relacionada com a segurança e a qualidade dos cuidados, uma vez que permite o reconhecimento atempado de focos de instabilidade (Alastalo et al., 2017). Neste âmbito, durante os EC realizámos diversas monitorizações e interpretações de valores, como monitorização de pressão intra-abdominal; aplicação do eléctrodo de monitorização do *Bispectral Index* e interpretação dos valores; avaliação da sedação através da escala *Richmond Agitation Sedation Scale*. Tivemos contacto pela primeira vez com o sistema de monitorização do nível de relaxamento muscular do doente - *Train-of-four* (TOF). O TOF assume grande importância aquando da utilização de um fármaco bloqueador neuromuscular não-despolarizante, uma vez que torna o ato anestésico e cirúrgico mais seguro, com a utilização de doses adequadas que inviabilizam a superficialização do bloqueio durante o procedimento cirúrgico, evitando o aparecimento de dor (Milagre et al., 2013).

Verificámos que no SMI não era utilizada nenhuma escala de avaliação de *delirium*, nem está instituído nenhum protocolo de prevenção deste evento adverso. Isto apesar do software *B-Simple*® permitir a utilização da escala *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM-ICU). O *delirium* em doentes críticos pode atingir uma taxa de prevalência de 89% (Rood et al., 2018). Está associado ao aumento da mortalidade hospitalar, maior tempo de

ventilação mecânica, maior tempo de internamento, bem como no pós alta ao aumento da mortalidade e da incidência de disfunção cognitiva.

Os três períodos de estágio proporcionaram também a execução e colaboração em variados cuidados e técnicas complexas. Referimos como exemplos a manutenção da linha arterial e colaboração na sua colocação, manutenção de CVC e colaboração na sua colocação, colaboração na execução de traqueostomia cirúrgica, utilização de dispositivo de gestão de temperatura (*Artic Sun*[®]), colaboração no processo de entubação e extubação orotraqueal e execução e colaboração em TSRC. Em vítimas de trauma aplicámos imobilização com dispositivos e técnicas de mobilização quando necessário. Para a realização destas técnicas complexas foram importantes os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste Mestrado, mas foi necessário um esforço adicional de pesquisa e estudo.

Particularmente no que diz respeito à temática das TSRC, esta era algo desconhecida da nossa prática. Andrade et al. (2019) afirmam que o enfermeiro em UCI cuida do doente submetido a TSRC executando atividades de preparação, planeamento, monitorização e acompanhamento, as quais decorrem da interação que ele estabelece com a tecnologia e da aplicação de conhecimentos especializados no campo da nefrologia. Isso conduz ao julgamento clínico e à tomada de decisão com autonomia, de modo a garantir a segurança da atuação.

Aprofundar conhecimentos neste âmbito foi bastante estimulante, mas também enriquecedor para o desenvolvimento profissional. Pudemos conhecer a dinâmica do procedimento desde a colocação do cateter de diálise até à preparação do equipamento e material que envolve todo o sistema de tratamento extracorpóreo da função renal. Quando este tipo de tratamento é aplicado de forma contínua ao longo das 24 horas, a probabilidade de obter excelentes resultados ao nível do equilíbrio eletrolítico e ácido-base é enorme (Albarran & Saraiva, 2012).

Atualmente, as opções quanto à terapia de substituição da função renal utilizadas no tratamento da lesão renal aguda nas UCI são essencialmente três: Hemofiltração Contínua, Hemodiafiltração Contínua e a Hemodiálise contínua (Albarran & Saraiva, 2012). Apenas houve possibilidade de contactar com a modalidade de Hemodiafiltração Venovenosa Contínua. Nesta técnica existe um circuito típico de diálise, uma bomba de sangue, um circuito do dialisante e respetivo filtro. A diferença relativamente à hemodiálise convencional está na velocidade de circulação do sistema de sangue e dialisante que é bastante inferior devido ao facto de se encontrarem em circulação contínua (Albarran & Saraiva, 2012).

O SMI tem disponível uma bomba de Balão Intra Aórtico CS100[®] IntelliSync[®], que consiste num cateter vascular com um balão montado na extremidade distal, que fica posicionada na

aorta torácica descendente. O balão é insuflado com gás hélio e sincronizado com o ciclo cardíaco: insuflado durante a diástole e desinsuflado durante a sístole, proporcionando aumento do fluxo coronário e sistêmico durante o pico diastólico, redução da pós-carga e do consumo miocárdico de oxigênio (Thomaz et al., 2017). Não surgiu oportunidade de utilizar o dispositivo durante o EC, mas sendo um assunto que despertou interesse, realizámos pesquisa acerca do tema.

Segundo a Ordem dos Médicos e a SPCI (2008, p. 13) “os doentes críticos são frequentemente transportados de salas de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro ou para unidades de cuidados intensivos”, sendo que por vezes, “o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas”.

Atualmente é inadmissível qualquer agravamento do estado de saúde de um doente que não esteja diretamente relacionado com a sua situação de doença e que possa ser imputado ao transporte. A segurança do doente e dos profissionais deve ser o principal objetivo em todas as fases do transporte. Neste sentido é aceite que a formação das equipas de transporte e o equipamento deve ser uniformizado para todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008).

Em relação aos transportes inter-hospitalares reparámos que por vezes estes não eram realizados pelos enfermeiros mais experientes ou pelos EEEMCPSC. É recomendada a existência de uma equipa de profissionais, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes. A prática corrente é o acompanhamento dos doentes pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008).

Quando um doente necessitava de ser transportado dentro do HSA ou transferido para outro hospital era tido em conta o procedimento de transferência e transporte interno de doentes. A efetivação do transporte era feita de acordo com o referido procedimento, que por sua vez se baseia no *score* da Ordem dos Médicos e SPCI (2008). De acordo com o *score* é definido quem acompanham o doente: assistente operacional ou assistente operacional e enfermeiro ou assistente operacional, enfermeiro e médico.

Relativamente a esta atividade houve oportunidade de participar em vários transportes intra-hospitalares de doentes críticos, transferências do SUG para o SMI, do SMI para o BO e acompanhamento de doentes críticos à imagiologia. A MCEEMC atesta que o enfermeiro com melhor formação para integrar equipas de transportes de doente críticos é preferencialmente o EEEMCPSC (MCEEMC, 2017b).

A implementação de protocolos de atuação permite uniformizar as práticas de acordo com a recente evidência científica, apoiar o enfermeiro na sua tomada de decisão, corrigir cuidados inadequados, tendo igualmente uma finalidade educativa (Sales et al., 2018). É competência do EEEMCPSC garantir a implementação, administração e avaliação de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Durante o EC I tivemos oportunidade de aplicar várias vezes o protocolo Via Verde de AVC, uma delas com realização de fibrinólise, indo de encontro às recomendações emanadas por organizações de consenso internacional no que diz respeito ao AVC. Powers et al. (2018) afirmam que a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de AVC na fase aguda é crucial para uma melhoria do *outcome* neurológico.

Relativamente ao protocolo via verde de sepsis, ainda não se encontra implementado no SUG. A DGS (2017b) na norma nº 10/2016 atualizada a 16/05/2017, indica que todos os serviços de urgência devem ter equipas de sepsis constituídas no mínimo, por um médico e um enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. A evidência científica aponta para as inúmeras vantagens da implementação destes protocolos, como demonstra o estudo de Mitzkewich (2019) em que o tempo para administração do primeiro antibiótico foi reduzido significativamente com a implementação de uma ferramenta de despiste de sepsis aplicada por enfermeiros na triagem.

A realização de um turno na triagem foi também uma experiência enriquecedora. Apesar de a triagem de Manchester ser orientada por protocolos, a tomada de decisão clínica requer essencialmente experiência (Stinson, 2017). O enfermeiro de triagem gere a informação que o doente, família, ou técnicos de saúde fornecem, identificando o problema que motivou a ida ao SUG, os seus antecedentes de saúde e sintomatologia que apresenta no momento, realizando simultaneamente observação clínica (aparência geral do doente, via aérea, respiração, circulação, limitações, fatores ambientais) e fazendo interligações da atual situação com antecedentes pessoais (Ganley & Gloster, 2011). Consideramos que o EEEMCPSC com o seu conhecimento, perícia e experiência profissional, pode ser uma mais valia devido ao grau de complexidade das decisões que o enfermeiro da triagem tem de tomar num intervalo de tempo limitado.

No SMI estão implementados vários protocolos complexos, que promovem uma boa dinâmica na prestação de cuidados e aumentam a segurança. Durante o EC II tomámos conhecimento destes protocolos e utilizámos alguns deles na prestação de cuidados, como o protocolo de insulinoterapia no doente crítico, nutrição entérica, administração de potássio em situações de hipocaliemia e introdução de alimentação oral em doentes traqueostomizados. Não surgiu oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. No entanto realizámos pesquisa bibliográfica nesta área e estudámos também as instruções de trabalho e procedimentos do CHL relativos a esta temática.

No que diz respeito a protocolos terapêuticos complexos, o BO tem implementados alguns, como o protocolo de reações anafilactoides/choque anafilático, abordagem da hemorragia maciça do adulto, manutenção do dador de órgãos após morte cerebral no BO e hipertermia maligna. Não surgiram situações que exigissem a aplicação destes protocolos, ainda assim, tomámos conhecimento dos procedimentos específicos, para que em caso de necessidade, pudessemos atuar de forma adequada.

A prestação de cuidados de enfermagem seguindo um protocolo de atuação, melhora a segurança na realização de procedimentos, contribuindo invariavelmente para um aumento na segurança do doente (Sales et al., 2018). Durante os EC sentimos que os protocolos são de facto instrumentos preciosos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, garantindo segurança, eficácia, uniformidade e rapidez na resposta.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain*, 2017). A DGS (2003b) define que o controlo eficaz da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde e nesse sentido definiu-a como o 5º sinal vital. Os profissionais de saúde devem fazer o registo sistemático da sua intensidade, “à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003b, p. 1).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor da DGS (2017c, p. 4), descreve que “é inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica, consubstanciada na muito frequente procura de cuidados de saúde que motiva.” De facto, constatámos, que muitas vezes é a própria dor o motivo de vinda ao SUG, tornando ainda mais importante a sua correta gestão.

No mesmo sentido, Sampson et al. (2019) relatam que a dor é uma queixa de apresentação comum em doentes que recorrem aos serviços de urgência, com prevalência de dor intensa

relatada entre 20% e 40% em todo o mundo. No entanto, a gestão inadequada da dor é amplamente descrita, com 'oligoanalgesia' caracterizada por longas esperas para analgesia, administração limitada de analgésicos e uma alta taxa de doentes ainda com dor significativa no momento da alta do serviço de urgência.

A avaliação é fundamental para o controlo da dor, devendo ter-se em atenção o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando preferência às escalas de autoavaliação de dor (OE, 2008). Os enfermeiros enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008). Aqui, o EEEMCPSC tem um papel preponderante pelas suas competências específicas e diferenciadas.

A OE (2008) recomenda que o enfermeiro escolha instrumentos de avaliação de dor atendendo a fatores específicos, como tipo de dor, situação clínica, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais, entre outros. O procedimento de avaliação da dor no adulto em vigor no CHL tem instituída a avaliação da dor através de cinco escalas: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica; Escala de Expressões Faciais; Escala Qualitativa (CHL, 2018c). No entanto, por vezes existem doentes conectados a ventilador e as escalas de avaliação instituídas não se adequam a estes doentes. A escala *Behavioural Pain Scale* (BPS) é uma escala comportamental, que se baseia na avaliação de três indicadores (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória) pontuados individualmente de 1 (sem resposta) a 4 (resposta máxima). No entanto, esta é apenas utilizada no SMI, não estando disponível para utilização noutros serviços do hospital. Consideramos que esta poderia ser instituída no procedimento hospitalar, pois segundo Teixeira e Durão (2016), é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico pela avaliação da adaptação ventilatória, movimentos do corpo e expressão facial, sendo bastante válida e confiável. Durante a prestação de cuidados no SUG avaliámos a dor maioritariamente com a EVA e com a escala qualitativa, adequando às características da pessoa alvo de cuidados.

No SMI a dor foi avaliada utilizando as escalas em uso no serviço: EVA e BPS. Pelas características dos doentes internados a BPS foi a escala mais usada. A SPCI (s.d.) recomenda que esta deva ser usada em doentes que não comunicam, sedados e ventilados. A *Critical-Care Pain Observation Tool* é outra escala que pode ser usada em ambiente de cuidados intensivos. Difere da BPS, porque além do domínio destinado a doentes sob ventilação mecânica, possui o domínio de vocalização, englobando também doentes extubados. É também um instrumento bastante estudado quanto à validade e confiabilidade e tem resultados bem consolidados na literatura (Kawagoe et al., 2017).

O controlo da dor em pessoas submetidas a cirurgia é um enorme desafio para os profissionais de saúde. Chou et al. (2016) afirmam que mais de 80% dos utentes submetidos a cirurgia experienciam dor aguda no pós-operatório e 75% descrevem a gravidade como moderada, severa ou extrema. Os enfermeiros têm funções importantes em todas as fases deste processo: desde os ensinamentos que realizam na CEPO, até à consulta de vigilância do doente com dor pós-operatória.

No BO, nos utentes com capacidade para realizar uma autoavaliação da dor era utilizada a escala de avaliação numérica. No entanto, em utentes sedados era feita uma heteroavaliação da dor, sem aplicação de uma escala comportamental concreta, tendo apenas em conta as manifestações hemodinâmicas, sinais vitais e/ou fácies do doente. Porém, os sinais vitais não são indicadores válidos para avaliação da dor em doentes críticos e só devem ser usados como pistas para iniciar uma avaliação adicional usando métodos apropriados e validados, como escalas comportamentais (Devlin et al., 2018). Também Chou et al. (2016) recomendam que seja usada uma escala validada para avaliação da dor no pós-operatório, avaliação da resposta às intervenções implementadas e ajuste adequado do tratamento. Em nossa opinião, nestes utentes poderia ser usada a escala BPS.

A visita ao doente com dor aguda pós-operatória está instituída no CHL, de acordo com a norma da DGS (2012a). Neste âmbito tivemos a possibilidade de participar nesta visita que é realizada pelo enfermeiro do BO destacado para o efeito e se destina aos doentes submetidos a técnicas analgésicas não convencionais (bloqueios do neuro-eixo, bloqueios/cateteres perineurais ou peripléxicos e técnicas de analgesia controlada pelo doente). O enfermeiro avalia a dor nas suas várias dimensões, sedação, bloqueios motores, efeitos secundários da analgesia, entre outros aspetos.

Devlin et al. (2018) afirmam que os doentes críticos experimentam dor moderada a intensa em repouso, com os cuidados e durante os procedimentos. De facto, ao longo de todos os EC foram identificadas várias situações de presença de dor, tendo sido feita a gestão de medidas farmacológicas e também de medidas não farmacológicas para o seu alívio.

Perrin e MacLeod (2018) afirmam que no contexto do doente crítico, a medicação analgésica deve ser administrada idealmente antes que a dor se desenvolva, porque é mais fácil prevenir a dor do que tratar a dor estabelecida. Recomendam que, sempre que possível, o enfermeiro utilize medicamentos opióides e não opióides, porque eles têm mecanismos de ação diferentes, mas complementares para o alívio da dor. No entanto, para a dor moderada a intensa que estes doentes geralmente experienciam, os opióides intravenosos são as drogas de escolha e devem ser usados na abordagem inicial.

Realizámos pesquisa sobre o controlo da dor e procurámos aplicar nos nossos cuidados alguns princípios gerais de boas práticas que constam na literatura, nomeadamente no que diz respeito a vias de administração de analgésicos, doses iniciais e doses subsequentes, tempos de início de ação e intervalos necessários para atingir os níveis analgésicos estacionários, administração de bólus e doses de carga (Perrin & MacLeod, 2018):

Para uma correta gestão da medicação analgésica é necessário conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados, bem como as interações medicamentosas. É igualmente importante vigiar a segurança da terapêutica analgésica, prevenindo e controlando os efeitos colaterais mais frequentes destes medicamentos (OE, 2008). Considerando que alguns dos fármacos analgésicos usados em EC não eram previamente conhecidos, foi realizada um trabalho de pesquisa, para que pudéssemos proceder à administração dos mesmos de forma segura e eficaz.

A OE (2008), descreve diversas técnicas que podem ser utilizadas como intervenções autónomas do enfermeiro no alívio da dor, tais como treino de estratégias de *coping* de modo a diminuir pensamentos negativos, emoções e crenças; estratégias de distração com a consequente diminuição da perceção da dor; a massagem, como redutor da tensão muscular e de relaxamento músculo-esquelético; a imobilização com alinhamento adequado à reparação após lesão; aplicação de frio ou calor diminuindo a inflamação; realização de exercícios como processo de recuperação muscular, aumentando a resistência; promoção do apoio e segurança pelo contacto da pele com pele através do toque terapêutico. Aplicámos algumas destas técnicas durante os estágios e verificámos que, efetivamente existem situações em que se consegue o alívio da dor sem necessidade de recorrer à administração de fármacos analgésicos.

A documentação é também um pilar importante no complexo processo que é a gestão da dor. No SMI e no BO os registos de dor eram adequados quanto à classificação da dor e quanto às medidas adotadas para o seu alívio. Já no que dizia respeito à caracterização da dor (tipo, localização, irradiação, fatores de alívio ou agravamento, etc.) os registos poderiam ser melhorados. No SUG, constatámos que o registo de dor não era efetuado de forma tão sistemática, o que se devia à sobrecarga de trabalho e ao facto de vários profissionais intervirem nos cuidados à mesma pessoa. A OE (2008) define que para garantir a continuidade de cuidados, o registo de enfermagem deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções (OE, 2008). Deve ser incluída informação sobre a história de dor no registo inicial, bem como o registo sistemático das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico (OE, 2008).

Consideramos que conseguimos desenvolver competências na gestão diferenciada da dor, assumindo a responsabilidade na sua avaliação diagnóstica, na implementação de medidas de tratamento farmacológicas e não farmacológicas, na monitorização dos resultados e na sua reavaliação. Sendo um exercício tão complexo e de grande relevo para a prestação de cuidados sob o ponto de vista holístico, foi alvo de reflexão durante largos momentos nos diversos EC.

A situação de doença crítica revela-se um acontecimento bastante significativo para os familiares, quer sob o ponto de vista físico, quer emocional (Mendes, 2018). A vivência deste processo de transição saúde-doença revela-se “altamente marcante, pelas mudanças significativas encontradas individualizadamente, mas também de dinâmica familiar (Mendes, 2018, p. 183). Aquando de uma doença inesperada, gera-se uma situação de crise para todos os membros da família. A situação crítica e o desconhecimento causam medos, aflições, ansiedades, sentimentos de culpa, perda e a preocupação com a morte. Os familiares sofrem pelo sentimento de impotência face a situação clínica do seu familiar (Nascimento et al., 2015). Sendo os enfermeiros os principais cuidadores dos doentes e famílias em processos de transição, devem atuar como peça chave, como o profissional que está mais próximo e também mais vocacionado para intervir junto dos familiares da PSC, estabelecendo uma relação de ajuda baseada na prestação de cuidados holísticos e humanizados (Meleis, 2010).

Relativamente ao SUG, importa salientar a relevância da comunicação com os familiares, já abordada anteriormente quando refletimos sobre a função do enfermeiro no GIF, mas também da comunicação com os próprios doentes vítimas de doença crítica. Em situações de emergência, muitas vezes a abordagem técnica sobrepõe-se à comunicação com o doente, esquecendo-nos que o doente se encontra consciente e a perceber o ambiente em seu redor. Como salienta Phaneuf (2005), a comunicação representa a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, por permitir conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção que esta faz do seu mundo. Neste sentido o enfermeiro assume uma intervenção preponderante e exclusiva no seio da equipa multidisciplinar perante a PSC e a sua família.

Para as famílias ou pessoas significativas que visitam os doentes em cuidados intensivos, todo o aparato tecnológico juntamente com a situação crítica do seu ente querido, são geradores de medos e ansiedade. Mendes (2018) descreve a importância do acolhimento, de forma a estabelecer uma relação de confiança com a família do doente crítico, possibilitando a colheita de dados e a avaliação das necessidades de informação dos vários membros da família. Neste sentido o SMI tem instituído um procedimento específico relativo ao acolhimento de visitas no serviço. Verificámos sempre por parte dos enfermeiros preocupação

em acolher os familiares, explicar a situação do doente, esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional. Realçamos também a abertura da equipa no que diz respeito a exceções relacionadas com visitas. Situações existiram em que foram abertas exceções quanto ao número e duração de visitas, tendo em conta as especificidades do doente. Participámos também no acolhimento e na prestação de apoio emocional aos familiares e ajudámos a suprir alguns medos, dúvidas e anseios que apresentavam.

No BO constatámos que é a própria intervenção cirúrgica que acaba por desencadear sentimentos de medo e ansiedade na pessoa e na família. Aust et al. (2016) consideram mesmo que a ansiedade no período perioperatório pode ser considerada como parte normal da experiência cirúrgica. Procurámos sempre estabelecer uma relação terapêutica, esclarecer dúvidas e anseios de forma a minimizar o medo e ansiedade do doente. Relativamente à prestação de informações à família/pessoas significativas, verificámos que é difícil de efetivar, uma vez que a família não pode ter acesso ao BO e só em circunstâncias especiais pode ter acesso à UCPA. Ainda assim, a existência de uma sala de acompanhantes minimiza esta dificuldade e não raras vezes observámos que era utilizada pela equipa cirúrgica para prestar informações.

A gestão da comunicação interpessoal e da informação à família, a gestão do impacto emocional imediato e a gestão da relação terapêutica perante a família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica, são capacidades fulcrais no EEEMCPSC (OE, 2017). A prestação de suporte emocional, apoio e relação de ajuda a familiares de doentes, são algo que fazemos frequentemente na nossa prática diária. No entanto, nos EC realizados estas atividades foram transportadas para um nível diferente tendo em conta as especificidades da PSC. Neste sentido cuidar da PSC e dos seus familiares obrigou-nos a desenvolver habilidades comunicacionais, de forma a estabelecer relações de empatia e confiança. Como refere Hesbeen (2000, p. 177)

“cuidar é também prestar atenção à família, aos que rodeiam a pessoa doente. Antes de mais pela simples razão de que o comportamento da família influi na caminhada da pessoa doente, mas também porque não é possível deixar sem uma palavra essas pessoas que sofrem, desamparadas perante o que lhes acontece, perante as alterações comportamentais dos familiares.”

A comunicação de más notícias foi um dos aspetos onde sentimos necessidade de melhorar conhecimentos e desenvolver competências. A transmissão de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros e simultaneamente uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, pois existem muitos fatores que podem dificultar ou impossibilitar a comunicação eficaz (Costa, 2014). O que torna a comunicação de

uma má notícia algo tão difícil é o facto de ela confrontar sentimentos de ambos os lados da comunicação: o doente ou a família, que têm que lidar com a tristeza e o desespero da informação, e o profissional, que tem que manter a sua autoconfiança, porque deve ser capaz de lidar com seus próprios sentimentos e também com a reação do ouvinte (Camargo et al., 2019).

A exploração de saberes na área da comunicação de más notícias, permitiu a construção de protocolos que consistem numa série de atitudes e comportamentos que suportam uma intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde quer para o doente/família. Os protocolos de comunicação de más notícias tornam este processo mais estruturado. Querido et al. (2010), afirmam que o modelo de comunicação de Buckman, através do protocolo com o acrónimo SPIKES (**S**etting, **P**erception, **I**nvitation, **K**nowledge, **E**xplore emotions, **S**trategy and summary), constitui um paradigma orientador para a transmissão de más notícias. Este protocolo envolve seis etapas, nomeadamente *Setting up* (Conseguir o ambiente correto), *Perception* (Descobrir o que o doente/família já sabem), *Invitation* (Descobrir o que o doente/família quer saber), *Knowledge* (Partilhar a informação), *Emotion* (Responder às reações do doente/família) e *Strategy and summary* (No fim: planear e acompanhar) (Buckman, 1998 *as cited in* Querido et al., 2010).

Apesar da existência destes protocolos, vários estudos continuam a relatar dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias. Algumas situações mais comuns descritas são: a informação de diagnóstico e prognóstico a utentes com cancro; a transição de uma abordagem curativa para uma abordagem paliativa e cuidados em final de vida; as questões associadas a contextos de cuidados específicos, como os cuidados intensivos (Warnock et al, 2017).

Durante os EC realizados proporcionaram-se momentos de comunicação de más notícias, nenhuma das quais relacionada com morte inesperada, a maior parte relacionadas com informação acerca de diagnósticos e prognósticos desfavoráveis, alterações nos níveis de dependência/funcionalidade da pessoa e aproximação do fim de vida. Concluímos que apesar da existência de modelos facilitadores, muitas vezes a comunicação de más notícias é feita de forma menos adequada se analisarmos aspetos como o ambiente, o conteúdo e o tempo.

Transmitir uma má notícia é um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino. O enfermeiro deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil (Ribeiro, 2013). Concordando com o autor, acreditamos que o estabelecimento de uma relação baseada na empatia, na veracidade, na clareza e na honestidade, facilita a comunicação de más notícias. Este é e será sempre um processo difícil,

pelos sentimentos que desperta em ambos os lados, mas cremos que com formação e experiência adquirida é possível suavizá-lo.

Durante os EC desenvolvemos algumas atividades que consideramos relevantes na procura conjunta com o doente do desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde (OE, 2017).

Durante o EC II surgiu oportunidade de participar em conjunto com o enfermeiro orientador numa consulta de esclarecimento para doentes com doença renal crónica. Esta consulta era de âmbito multidisciplinar e participaram enfermeiro, médico, assistente social e nutricionista (DGS, 2012b). O papel do enfermeiro mostrou-se bastante importante no esclarecimento e ensino acerca de cada modalidade terapêutica possível para os doentes em questão. A literatura descreve que mais de metade dos doentes em pré-diálise apresentam um défice de conhecimentos sobre a doença e as modalidades terapêuticas disponíveis, motivo que pode condicionar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, acelerar a progressão da doença (Gricio et al., 2009). Ribitsch et al. (2013) relatam várias vantagens para os doentes que frequentam a consulta pré-diálise: oferece a oportunidade de fazer uma escolha informada; maior probabilidade de iniciar tratamento de forma controlada, evitando a indução de diálise emergente; maior probabilidade de optarem pela modalidade de diálise peritoneal.

Cada vez mais doentes sobrevivem ao internamento em cuidados intensivos, o que leva a que nos últimos anos tenha sido muito desenvolvida a temática das conseqüências do internamento nestes serviços (Inoue et al., 2019). O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) é composto por alterações que permanecem após uma doença crítica. Elas estão presentes quando o doente está internado numa UCI e podem persistir após o doente ter alta. Podem envolver a vertente física (por exemplo fraqueza muscular prolongada), cognitiva (por exemplo alterações de memória e atenção) e mental (por exemplo depressão e ansiedade). Estes problemas afetam não só o doente, mas também a família (*Society of Critical Care Medicine*, 2013).

Através da implementação de uma série de medidas o enfermeiro tem um papel importante na prevenção do SPICI durante o internamento (Inoue et al., 2019). No entanto a intervenção do EEEMCPSC pode ir mais além no âmbito das suas competências de ensino, instrução e treino da pessoa em situação crítica, sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (OE, 2017). Neste sentido, durante o EC refletimos com o enfermeiro orientador e alguns elementos da equipa acerca da possibilidade de uma consulta multidisciplinar de follow-up dos doentes internados no SMI. Esta consulta já é uma realidade bastante comum a nível internacional, começando a surgir também no nosso país (*Just News*,

2018). A SPCI tem inclusivamente um Grupo de Estudo Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos e Seu Seguimento.

Realçamos ainda a participação na CEPO, por ter sido um momento enriquecedor e no qual pudemos fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades (OE, 2017). Acerca da CEPO, Melo et al. (2013) realçam que o contacto pessoal e a informação ajudam no esclarecimento de dúvidas e no fortalecimento de uma relação empática que, conseqüentemente, incutem na pessoa um estado de segurança, pelo aumento de confiança e tranquilidade. Nesta consulta são realizados ensinamentos ao utente e acompanhante que vão desde os cuidados no pré-operatório, até ensinamentos acerca do recobro, período pós-operatório incluindo escalas de avaliação da dor.

Verificámos que na CEPO a intervenção autónoma do enfermeiro é crucial para a diminuição do medo e ansiedade vivenciada pelos doentes no pré-operatório. Destacamos uma situação em que uma utente iria ser submetida a uma cirurgia do foro ortopédico, tinha vários antecedentes relacionados com patologia respiratória e cardíaca. Apresentava-se muito receosa por ter tido contacto com pessoas que lhe relataram experiências negativas no pós-operatório, temendo também pela diminuição da sua funcionalidade. Através de uma comunicação adequada com a utente e o familiar foi possível esclarecer dúvidas e desmistificar alguns preconceitos em relação à anestesia e à dor no pós-operatório. O papel do EEEMCPSC parece-nos importante, na medida em que pode promover ganhos em conhecimentos e capacidades através da educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica (OE, 2017).

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

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, o EEEMCPSC atua perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, não descurando a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

A Lei de bases da Proteção Civil - Lei nº 80/2015, segunda alteração à Lei nº 27/2006, define os conceitos de acidente grave e de catástrofe. Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente. A catástrofe, tem outra dimensão, é descrita como o acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. Oliveira et al. (2012)

afirmam que são eventos profundos porque afetam largas áreas, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas. A *World Health Organization* (WHO) (2008) acrescenta às características da catástrofe o facto de ser um evento de escala tal, que justifique uma mobilização excecional de auxílio vindo de fora da comunidade ou da zona atingida.

Uma situação de exceção consiste essencialmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). O carácter de imprevisibilidade associado a estas situações leva a que haja um súbito aumento das necessidades de cuidados de saúde e para que se possa obter uma resposta adequada é necessário que existam profissionais de saúde permanentemente preparados, com conhecimento, treino e experiência nesta área de intervenção (Sousa, 2012).

Durante muitos séculos as catástrofes foram sobretudo de origem natural, com algumas exceções relacionadas com conflitos antropogénicos. Atualmente há vários riscos que podem levar à origem de catástrofes. Os de origem natural, os riscos resultantes do desenvolvimento tecnológico, os riscos de acidentes industriais, acontecimentos relacionados com o comportamento humano e as ameaças ou acontecimentos de Saúde Pública (DGS, 2010c).

As catástrofes de origem natural continuam a ser as que mais danos causam. De acordo com o *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters* (2019) no ano de 2019, 396 catástrofes naturais afetaram cerca de 95 milhões de pessoas, causando 11.755 mortes e custando um total de 103 biliões de dólares americanos.

A enfermagem como profissão tem uma história rica, com as raízes da prática moderna de enfermagem a estarem na enfermagem em catástrofe. As origens da prática de enfermagem como a conhecemos emanam dos esforços realizados por Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia. Mais de 150 anos depois, a enfermagem em catástrofe representa uma área complexa em que a interseção de competências, o âmbito da prática, a regulamentação e as diretrizes continuam a evoluir (Lavin et al., 2017).

A enfermagem tem sido parte da resposta a uma ampla gama de catástrofes de vários tipos. Os múltiplos tipos de doentes que o enfermeiro pode cuidar e o ambiente no qual o doente é cuidado, ditam que o enfermeiro de catástrofe (*“disaster nurse”*) está preparado para uma variedade de desafios. O papel do enfermeiro de catástrofe é multifacetado e inclui prática, educação, gestão, consulta, apoio e pesquisa (ICN, 2017).

Schultz et al. (2012) afirmam que os enfermeiros devem participar na elaboração dos planos de catástrofe. Também Al Thobaity et al. (2017) consideram o planeamento como uma das principais competências dos enfermeiros no âmbito da gestão de catástrofe. As competências relacionadas com o planeamento incluem conhecer o plano de catástrofe, ter capacidade para ativá-lo e saber realizar alterações efetivas em caso de mudança da situação.

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe é fundamental que as Unidades de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a sua envolvente interna e externa. É importante que planeiem de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a qualquer ocorrência que pela sua natureza ou extensão, condicione, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010c).

Um plano de emergência pode ser definido como a sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, destinadas a minimizar os efeitos dos desastres, que se prevê, venham a ocorrer em determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo de forma otimizada a utilização de recursos e a participação de pessoal técnico especializado para lidar com eles (Araújo, 2012).

Serrano e Saldanha (2018) distinguem Planos de Emergência Internos (PEI) de Planos de Emergência Externos (PEE). Embora complementares, estes planos de emergência cumprem funções distintas. Enquanto o PEI se destina a controlar a situação na origem e a limitar as consequências no interior do estabelecimento, o PEE destina-se principalmente a mitigar e limitar os danos no exterior do estabelecimento, decorrentes de um acidente grave, organizando e definindo as orientações dos vários intervenientes de modo a garantir a proteção da população.

O PEE em vigor no CHL aplica-se ao HSA, sendo que na eventualidade de os Hospitais de Pombal ou Alcobaça receberem vítimas de catástrofe, estas serão encaminhadas para o HSA. Foi elaborado para a definição de regras e normas gerais de atuação em contexto de crise, assim como, no sentido do reforço de avaliação de meios de reação da instituição face à situação. O objetivo principal do PEE é garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade (CHL, 2017).

A prestação de cuidados num serviço de urgência implica a obrigatoriedade de estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação de exceção. Durante o EC realizado no SUG sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do PEE em vigor no CHL. O PEE está estruturado em três fases: fase de alerta, fase de alarme e fase de execução. Contempla a existência de um gabinete de crise, chefiado pelo presidente do

Conselho de Administração que inclui também o enfermeiro diretor, enfermeiro chefe e enfermeiro coordenador do SUG, diretor clínico, chefe de equipa do SUG, entre outros profissionais considerados essenciais neste contexto. O PEE prevê a reorganização do SUG e de outros serviços do hospital de acordo com as necessidades inerentes a três níveis de catástrofe. No documento é também definida a forma como é feita a triagem das vítimas de catástrofe, remetendo para a utilização da metodologia *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) (CHL, 2017).

No SUG, em caso de catástrofe é utilizado o algoritmo START, sendo o registo feito de forma manual. A triagem primária é feita com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas, recorrendo a discriminadores simples como se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea e, neste caso qual a frequência respiratória que apresenta, e ainda qual a frequência cardíaca. Com base nesses discriminadores é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho): vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): vítima não grave; Morto (cor preto) (Oliveira et al., 2012).

A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), o qual consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, avaliação do estado de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow e pressão arterial sistólica. Cada parâmetro é avaliado de 0 a 4, sendo a pontuação da TRTS igual à soma dos valores de cada parâmetro fisiológico calculado, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos. Até 10 é atribuída uma prioridade 1 ou imediata, ao valor 11 é fornecida prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente, sendo 0 considerado morto (Oliveira et al., 2012).

De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, estão disponíveis na sala de reuniões do SUG, que em situações de catástrofe é transformada em gabinete de crise, 125 kits de catástrofe, numerados de forma sequencial. São constituídos por tubos para colheita de sangue, etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, de modo a dar resposta a uma situação desta índole.

O PEE aborda ainda outros aspetos como os sistemas de comunicação, circuito de doente importante/personalidade conhecida, apoio e acolhimento às famílias das vítimas, apoio aos filhos dos trabalhadores, interação com a comunicação social, circuitos de entrada e saída do recinto hospitalar e a periodicidade de formação e treino (CHL, 2017).

Consideramos que o PEE do CHL está bem estruturado, seguindo genericamente as recomendações da Autoridade Nacional de Proteção Civil (Serrano & Saldanha, 2018). É um

plano claro, que remete os profissionais para cartas de ação que descrevem explicitamente todas as atividades que cada profissional tem de desenvolver quando é ativado o plano de emergência. Desta forma, a divulgação do PEE, bem como a formação dada aos profissionais pode ser mais focada e mais simples, aumentando assim a operacionalidade.

Os simulacros são representações o mais realistas possível de prováveis desastres, que permitem o teste, treino e aperfeiçoamento das ações planeadas (Silva et al., 2009). Os planos de preparação de catástrofes em serviços de emergência, quando são baseados em simulacros mostram-se eficazes, aumentando significativamente o conhecimento, as habilidades e a comunicação durante as situações de alto risco que podem vir a ocorrer nestes serviços (Jung et al., 2016). Neste sentido, Serrano e Saldanha (2018) afirmam que para garantir a permanente operacionalidade do PEE, manter a prontidão dos agentes e entidades nele envolvidos e recolher lições para a sua melhoria e atualização permanentes, devem ser realizados exercícios de simulação.

O EEEMCPSC deve difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa, garantindo que o treino/exercício é realizado periodicamente (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Não sendo possível a realização de um simulacro dada a enorme logística que envolve, decidimos no decorrer do EC I realizar uma formação sobre o PEE do HSA. Inicialmente prevista apenas para os enfermeiros coordenadores, a formação foi alargada a todos os enfermeiros do SUG, enfermeiros de outros serviços e a elementos do Serviço de Instalações e Equipamentos.

A formação realizada consistiu numa apresentação Power-point® seguida de um *tabletop* (exercício esquemático de simulação realizado no cimo de uma mesa, sobre o tampo da mesa). Os *tabletops* são essenciais para a preparação e prontidão em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, uma vez que permitem que quando o evento ocorra os intervenientes apliquem as suas habilidades, conhecimentos e recursos da melhor forma. O sucesso dos *tabletops* depende do planeamento prévio, da gestão do exercício, da existência de objetivos claros e da existência de um momento pós-exercício aberto de discussão e avaliação (Evans & Schwartz, 2019).

A formação foi realizada durante o EC, em duas sessões no mesmo dia, uma no período da manhã e outra no período da tarde. No total das 2 sessões tivemos mais de 30 formandos, o que consideramos um número bastante positivo, tendo em conta a limitação de espaço. A formação teve necessariamente de ser realizada na sala de reuniões do SUG, que é relativamente pequena, pois só nessa sala existe uma mesa com a planta do SUG no topo e só aí poderia ser realizado o *tabletop*.

Os *tabletops* são uma maneira eficaz de identificar pontos fortes, lacunas, sobreposições e problemas imprevistos que surgem em caso de catástrofe (Evans & Schwartz, 2019) e ajudam a desenvolver uma avaliação mais realista do que não se sabe e das limitações da organização (High et al., 2008). Consideramos que o exercício realizado foi uma mais valia para a equipa do SUG. Foram reconhecidas algumas deficiências e aspetos a melhorar que sem este momento formativo não teria sido possível identificar. O contributo dos formandos foi importantíssimo, uma vez que sendo profissionais do SUG conhecem melhor a sua dinâmica e identificaram mais facilmente aspetos de melhoria que nós, durante a conceptualização teórica, não considerámos. O PEE do CHL será alvo de uma revisão a curto prazo, tendo-nos sido dito por um dos enfermeiros responsáveis do SUG que a formação realizada por nós contribuiu com aspetos que serão tidos em conta nessa revisão.

A nível de aprendizagem pessoal a realização desta formação foi extremamente proveitosa. Permitiu obter competências a nível de conceção e análise de planos de emergência, planeamento de situações de catástrofe e gestão dos cuidados (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Julgamos também ter contribuído para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítima (OE, 2017).

Ainda relativamente ao PEE, procurámos perceber as especificidades de intervenção de cada um dos serviços onde realizámos EC. O SMI tem um papel importante no nível III de resposta, visto que neste nível é necessário criar um SMI avançado, podendo ser necessária alocação de recursos humanos a este segundo serviço. Também na gestão de recursos materiais o SMI é fundamental, já que dispõem de monitores portáteis, ventiladores portáteis, dispositivos de perfusão, etc., que podem ser necessários em situações de catástrofe (CHL, 2017).

O BO tem também um papel relevante no nível III de resposta do PEE do CHL, visto que neste nível existirá uma reorganização do espaço físico do BO. A UCPA1 é reorganizada de forma a funcionar como um segundo SMI e a UCPA2 fica a funcionar como zona de pós-operatório. Neste nível de resposta há também o cancelamento de cirurgias programadas. Tal como o SMI, também o BO tem disponíveis recursos materiais portáteis que podem ser necessários em situação de catástrofe ou emergência multivítimas (CHL, 2017).

Relativamente às situações de emergência interna, dedicámos especial atenção ao PEI contra incêndios (CHL, 2012). No referido plano, são descritas as instruções especiais de evacuação de doentes do SMI. Devido à sua localização e tipologia de doentes, o SMI apresenta dificuldades acrescidas relativamente à evacuação, pelo que devem ser tidas em consideração algumas singularidades. Patoleia (2017) afirma que numa UCI, uma evacuação obriga ao envolvimento de um elevado número de meios humanos e materiais, visto existirem

múltiplos riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos doentes. Durante o EC constatámos que as indicações de evacuação estavam visíveis e permitiam uma boa orientação do fluxo, que o plano de evacuação é de fácil acesso e o equipamento necessário à evacuação está organizado e funcional.

King et al. (2015) afirmam que o planeamento e a preparação de catástrofes ao nível das UCI continuam a representar uma área passível de melhorias, especialmente no que diz respeito a evacuação vertical, comunicação, liderança, triagem, priorização e distribuição dos doentes. Realizámos alguma discussão e reflexão com os enfermeiros da equipa acerca deste tema e concluímos que o plano devia ser mais difundido e poderia ser realizada mais formação de maneira a que os profissionais se sintam mais seguros e preparados no caso de ser necessário atuar num destes contextos.

No que ao BO diz respeito, um dos riscos mais significativos prende-se com a ocorrência de incêndios nas SO. Atualmente, praticamente em todas as cirurgias estão presentes três fatores fundamentais para a ocorrência de incêndio: oxidante (oxigénio, óxido nítrico), fonte de ignição (eletrobisturi) e combustível (tecidos, papel, plástico, solutos alcoólicos, etc.) (Jones et al., 2019). Os incêndios nas SO são eventos devastadores que ocorrem pelo menos 650 vezes por ano nos Estados Unidos da América (*Food and Drug Administration, 2018 as cited in Jones et al., 2019*).

Neste sentido focámos a nossa atenção no plano de emergência interno contra incêndios (CHL, 2012), referente às instruções especiais de evacuação de doente do BO. Neste documento são definidos algoritmos de evacuação de doentes do BO e UCPA e descritas instruções especiais de atuação em caso de incêndio controlado ou não controlado numa SO.

No BO do HSA existe um relatório de um simulacro de evacuação de doentes (CHL, 2015d). Das conclusões, é realçada a necessidade de melhorar o conhecimento dos profissionais sobre o plano e a repetição de iniciativas deste tipo. Da reflexão efetuada e das impressões trocadas com os enfermeiros da equipa, concluímos que é necessária mais formação de maneira a que os profissionais se sintam mais seguros e preparados. No mesmo sentido, Jones et al. (2019) afirmam que é necessária uma preparação constante e rotinas adquiridas através do treino para garantir a rápida extinção de um incêndio numa SO, de modo a minimizar as consequências para a pessoa, os profissionais e a instituição.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, o EEEMCPSC diagnostica os indícios de prática de crime, salvaguarda a preservação de vestígios atendendo à cadeia de Custódia, reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes e orienta a vítima para organismos vocacionados para o apoio.

A *International Association of Forensic Nurses (IAFN)* (s.d.) define globalmente enfermagem forense como a prática de enfermagem quando os sistemas de saúde e jurídicos se cruzam. O enfermeiro forense possui treino específico e presta cuidados especializados a doentes que estão a experienciar consequências agudas ou a longo prazo relacionadas com violência ou agressão (IAFN, s.d.). Deve ser detentor de conhecimento sobre o sistema legal, como documentar, preservar e recolher evidências, podendo proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (Associação Portuguesa de Enfermagem Forense, 2011).

Durante os EC não se proporcionou a prestação de cuidados a pessoas vítimas de situações de exceção como violência ou agressão, mas procurámos conhecer os procedimentos do CHL relacionados com esta temática. Explorámos o protocolo de abordagem de vítimas de abuso sexual, normas de colheita de vestígios biológicos em vítimas de agressão sexual, procedimento para despiste de substâncias psicotrópicas e alcoolémias e impresso da cadeia de Custódia para transporte de amostras. Realçamos a importância dos conteúdos teóricos lecionados neste âmbito na UC de Enfermagem em Situações de Exceção e Catástrofe.

Atualmente estamos perante uma pandemia provocada pelo novo coronavírus, que se configura como um enorme desafio para todos nós. A prestação de cuidados a doentes neste contexto, fez com que refletíssemos bastante acerca deste tema. A capacidade de ação dos profissionais e das instituições, por si só, não são suficientes para uma resposta adequada em situação de catástrofe. São necessárias políticas claras, um planeamento forte e estruturado de forma a melhorar a capacidade de resposta. A nível formativo ainda há um grande caminho a percorrer. Desde a formação básica em graus mais baixos de ensino, até formação específica em licenciaturas relacionadas com a saúde e não só, muito precisa de ser feito no nosso país. No futuro é desejável que especialistas de enfermagem em situações de exceção trabalhem de forma permanente e colaborativa na definição de planos de emergência, preparação, resposta e recuperação. Em Portugal esse papel deverá caber aos EEEMCPSC, profissionais com competências específicas e adequadas para esse intuito.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A última, mas não menos importante, competência específica do EEEMCPSC relaciona-se com a prevenção e controlo da infeção. Do EEEMCPSC espera-se que, considerando o risco de infeção, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos, consiga em tempo útil responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Desde há vários séculos existe a noção que os cuidados de saúde podem não ser isentos de riscos. Hipócrates no século IV antes de Cristo, Moses ben Maimon no antigo Egipto, Francastorius médico italiano da idade média, até Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale no século XIX, todos consideraram este risco e deram importantes contributos para a evolução do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Fontana, 2006; Pearson, 2009).

Nos nossos dias a oferta de cuidados de saúde continua a não ser isenta de riscos para o utente e as infeções relacionadas com os cuidados prestados continuam a ser um problema. Atualmente e após algumas evoluções na abrangência do conceito, IACS define-se como “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007, p. 4).

As IACS constituem um dos eventos adversos mais frequentes na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Cassini et al., 2016). Intimamente relacionado com as IACS surge o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos que se constitui igualmente como um problema de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as suas implicações (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), 2018).

Estas infeções constituem um problema considerável para a segurança do doente e o seu impacto pode resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, altos custos para os doentes e suas famílias, provocando um encargo financeiro adicional para o sistema de saúde (WHO, 2011).

Assim, a prevenção da infeção nos contextos de prestação de cuidados reveste-se de grande importância. Em Portugal o PPCIRA foi criado em 2013, através da fusão de dois programas anteriormente existentes e tem como objetivo geral a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013a). As suas áreas de atuação são a estratégia multimodal de promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (PBCI), a Vigilância Epidemiológica (VE), o consumo de antimicrobianos e resistências aos antimicrobianos (PPCIRA, 2018).

As PBCI são um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, a implementar consoante os procedimentos a realizar e os riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS. As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos cidadãos, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

Aplicam-se a todos os doentes independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso, sendo que a sua implementação constitui uma estratégia primária de eficácia comprovada, na minimização do risco de infeção (DGS, 2013b).

As PBCI apresentam-se como uma abordagem global, tendo como base 10 itens: 1- Colocação de doentes; 2-Higiene das Mãos; 3-Etiqueta Respiratória; 4-Utilização de EPI; 5- Descontaminação do Equipamento Clínico; 6-Controlo Ambiental; 7-Manuseamento Seguro da Roupa; 8-Recolha Segura de Resíduos; 9-Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; 10-Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013b).

Consideramos que a implementação das PBCI pode ser mais ou menos facilitada tendo em conta fatores como os recursos materiais disponíveis, o espaço, a diferenciação dos recursos humanos, as políticas organizacionais, entre outros. Importa por isso caracterizar neste aspeto os locais onde foram realizados os EC.

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2019a) diz-nos que as UCI são as unidades de internamento hospitalar com maior prevalência de IACS. A maioria destas IACS está associada ao uso de dispositivos invasivos (por exemplo, tubos endotraqueais, cateteres vasculares e urinários) e uma proporção significativa é considerada evitável.

No SMI do CHL estão implementadas uma série de medidas que promovem a prevenção das IACS: cada unidade do doente possui um carro com todo o material necessário à prestação de cuidados, de uso exclusivo; o material/equipamentos ou são desinfetados ou descartados no momento da alta do doente o que previne a infeção cruzada; existência de sensores automáticos de abertura de portas; existência de sensores automáticos nos lavatórios para água e gel de mãos; disponibilização de Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA) em vários locais da unidade; existência de pedal para abertura dos baldes lixos e roupa suja; EPI em lugares de fácil acesso, em vários pontos do serviço e nas adufas dos quartos de isolamento; possibilidade de utilizar pressão negativa ou positiva nos quartos individuais (DGS, 2013b; ACSS, 2013). Para além destas, há medidas estruturais e funcionais que facilitam a prevenção das IACS: ser um serviço de acesso condicionado e restrito; existência de fardamento em número suficiente, que possibilita aos profissionais a utilização exclusiva durante um turno; preocupação por parte dos profissionais, particularmente enfermeiros, em trocar de fardamento após prestação de cuidados que implicaram maior permanência ou proximidade com doentes infetados com microrganismos multirresistentes (mMR). O facto de as visitas serem restritas em número e duração também é de destacar neste contexto.

O BO está organizado segundo um conceito de gradientes de limpeza, que vão desde áreas livres até às áreas restritas. O acesso às áreas restritas e o princípio de assepsia progressiva

revestem-se de grande importância para a prevenção da infeção: a circulação de pessoas e materiais é feita das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2006).

Tendo em conta a complexidade e diferenciação dos cuidados prestados e a necessidade de recurso a medidas invasivas, a adoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção assume no BO particular importância. Neste ambiente existem muitas oportunidades para a contaminação dos doentes através do local cirúrgico, acessos venosos e o uso de dispositivos invasivos. Para prevenção e controlo da infeção torna-se indispensável o cumprimento das precauções básicas, de isolamento, higiene das mãos e ambiental (Patrick & Hicks, 2013).

A prevenção de infeções nos serviços de urgência é um grande desafio. Dado o ambiente complexo e dinâmico, onde os utentes apresentam doenças indiferenciadas e de gravidade variável, são exigidas estratégias de ação mais eficazes para a deteção e abordagem precoce do doente com colonização ou infeção e desta forma reduzir a probabilidade de transmissão cruzada (Liang et al., 2014). O SUG do CHL pelas suas características, pelo número e tipologia de doentes e pela necessidade de prestação de cuidados de forma rápida, torna a prevenção da infeção um desafio enorme.

Durante todos os EC constatámos que há uma preocupação real por parte dos enfermeiros em aplicar as PBCI. No EC I realizado no SUG, devido a várias condicionantes já referidas, torna-se difícil fazer um trabalho mais eficaz neste sentido. Notámos que os vários EEEMCPSC têm uma atitude proativa e de liderança no sentido da execução de procedimentos de prevenção, nomeadamente gestão da alocação de doentes, isolamentos e educação dos restantes profissionais. Um dos exemplos destes procedimentos é aquando da identificação de um mMR num doente, este ser mobilizado ou para o quarto de isolamento na área laranja quando o mesmo está disponível, ou para uma unidade de cuidados estrategicamente mais afastada dos restantes doentes ou no canto da área onde há menos passagem de outros doentes e profissionais. Desta forma, doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada são colocados num local que minimiza esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação (DGS, 2013b).

No SMI os doentes de maior risco de transmissão eram isolados nos quartos individuais, para que esse risco fosse minimizado, tal como recomenda a DGS (2013b). No entanto, devido ao elevado número de doentes com infeções por mMR tornava-se difícil gerir a sua colocação, uma vez que existiam apenas quatro quartos de isolamento. Procurava-se fazer uma gestão racional, tendo em conta as vias de transmissão dos microrganismos.

A abordagem ao doente infetado por um mMR era sempre um momento de ansiedade acrescida para a equipa multidisciplinar do BO, devido ao risco de infeção cruzada e às

consequências nefastas que isso poderia trazer. Durante o EC presenciámos que eram adotadas medidas excepcionais nestas situações, quer quando o doente estava na SO, quer quando doente passava para a UCPA. Quando utentes infetados com mMR iam ser submetidos a cirurgia o plano operatório era construído de forma a que fossem os últimos do programa. Quando eram operados de urgência/emergência procurava-se utilizar uma SO que não necessitasse mais de ser usada nas horas seguintes. Para a UCPA existe mesmo um procedimento específico no que diz respeito aos doentes colonizados/infetados com mMR (CHL, 2015e). Murphy (2012) afirma que os enfermeiros devem estar conscientes e adotar práticas preventivas no controlo de infeção, adaptadas à estrutura física e aos períodos pré, intra e pós-operatório. Julgamos ter cumprido adequadamente estas recomendações.

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes (DGS, 2013b). Neste âmbito verificámos também um nível de cumprimento bastante satisfatório. Procurámos durante a prestação de cuidados cumprir rigorosamente esta recomendação, ao mesmo tempo que realizámos ensinamentos neste campo aos familiares dos doentes. Não devemos descurar o familiar/visita como veículo de transmissão de infeção cruzada, pelo que é da nossa responsabilidade servir como agentes educadores.

A nível do HSA, os dados disponibilizados pelo Grupo Coordenador Local-PPCIRA são relativos a 2019 e indicam uma taxa de adesão global à higienização das mãos de 80.7%, superior à média nacional que foi de 75.7%, mas ainda bastante inferior ao objetivo da WHO que é de 90% (CHL, 2019h).

Relativamente à lavagem pré-cirúrgica das mãos, realizada no BO, a literatura diz-nos que esta deve ser realizada com SABA ou com água e um sabão antimicrobiano, não devendo ser utilizada escova para limpar os leitos ungueais, mas sim um estilete (DGS, 2019). Estas duas recomendações nem sempre eram cumpridas por alguns profissionais, por vezes as mãos eram higienizadas com solução aquosa de iodopovidona e eram escovados os leitos ungueais. Percebemos que algumas destas práticas estão enraizadas há vários anos e que têm vindo agora a ser gradualmente alteradas de acordo com a evidência mais recente.

Relativamente à utilização de EPI, consideramos tê-los usado sempre de forma consciente e racional, de acordo como risco associado ao procedimento a efetuar. Da nossa observação pudemos constatar que genericamente os EPI eram utilizados de forma adequada. O aspeto em que é necessária uma melhoria significativa, e que foi transversal aos três locais de estágio, prendeu-se com a utilização de proteção ocular ou máscara com viseira. A DGS (2013b) recomenda que a mesma seja usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, o que por vezes não acontecia em situações de aspiração de

secreções ou cirurgias que envolvessem maior risco de projeção, por exemplo cirurgias ortopédicas.

O controlo ambiental é outra das PBCI que queremos destacar. Observámos preocupação por parte dos profissionais em manter as áreas de prestação de cuidados seguras e limpas. Havia conhecimento quanto aos procedimentos específicos de limpeza e descontaminação de equipamentos, limpeza após derrame de sangue e fluidos orgânicos (DGS, 2013b), procedimentos para descontaminação de equipamentos de uso múltiplo, entre outros.

No BO o controlo ambiental era uma preocupação evidente da equipa de enfermagem, nomeadamente quanto à ventilação da SO, monitorização de humidade e temperatura, manutenção das portas fechadas, procura de apenas manter os profissionais/equipamentos estritamente necessários à cirurgia dentro da SO e, invariavelmente, à limpeza da SO. Várias vezes participámos nestes processos de monitorização.

No que diz respeito ao manuseamento seguro de roupa e triagem dos lixos hospitalares, constatámos que existem alguns aspetos de melhoria. Por vezes os resíduos dos grupos I e II (saco preto) eram colocados no grupo III (saco branco). De acordo com a DGS (s.d.), uma das fases mais importantes para a minimização e gestão efetiva dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção. Esta operação é a base de uma gestão integrada dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde, pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente associados a potenciais contaminações. cremos que a realização de ações de formação mais frequentes, que incluam temas como a classificação, separação, acondicionamento e transporte de resíduos pode ajudar a minimizar a ocorrência de erros. A WHO (2014) refere que a manipulação inadequada e inapropriada de resíduos de serviços de saúde pode ter sérias consequências para a saúde pública e um impacto significativo no meio ambiente. A gestão adequada destes resíduos é uma componente crucial da proteção da saúde ambiental.

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos e contribuir de forma indireta para a transmissão cruzada. Este equipamento também pode constituir fonte de infeção se inadequadamente descontaminado (DGS, 2013b). Em todos os EC realizados procurámos manusear de forma correta o equipamento, confirmando a sua limpeza e descontaminação.

No BO o correto manuseamento do material cirúrgico é essencial para minimizar o risco de infeção. O papel do enfermeiro é importante não só durante a cirurgia, mas também após o término do procedimento. Todo o material cirúrgico deve ser lavado e descontaminado antes de ser esterilizado. Neste âmbito, colaborámos com a enfermeira orientadora na preparação

do material cirúrgico para que a assistente operacional pudesse lavá-lo antes de ser enviado para a esterilização. A incorreta preparação e limpeza do material cirúrgico pode comprometer o processo de esterilização e levar ao aparecimento de biofilme (AORN, 2017).

No que concerne às práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (DGS, 2013b), julgamos ter cumprido os procedimentos de boas práticas, que já fazem parte da nossa prática diária de cuidados. Bastos e Barbieri (2020) elencam os principais erros no que concerne à preparação da medicação injetável. As autoras revelam que os maiores desvios aos princípios de assepsia prendem-se com a limpeza da área de preparação da medicação, higiene das mãos previamente à preparação e desinfecção dos frascos/ampolas. Relativamente à administração da medicação, afirmam que a higiene das mãos e a desinfecção dos conectores foram os procedimentos com menores taxas de adesão no seu estudo.

O rastreio da sepsis está associado a uma diminuição da taxa de mortalidade. As diretrizes da campanha *Surviving Sepsis* 2016 enfatizam que deve ser realizada triagem de rotina de doentes potencialmente infetados para melhorar a identificação e o tratamento precoces da sepsis (Kim & Park, 2019). Todos os doentes que dão entrada no SMI do CHL são submetidos ao rastreio séptico. Este rastreio é efetuado de acordo com a prescrição médica e consiste normalmente em colheita de urina para urocultura, duas hemoculturas, zaragatoa retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), zaragatoa axilar/inguinal para pesquisa de *acinetobacter*, zaragatoa nasal/axilar/perianal para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (SARM) e colheita de expetoração para cultura quando possível. O intuito destas ações prende-se com a vigilância, monitorização e deteção precoces de focos de infeção no doente e servia de orientação à decisão da colocação do doente e/ou tipo de isolamento, se necessário (DGS, 2013b). As zaragatoas eram repetidas semanalmente ou duas vezes por semana de acordo com a existência ou não de doentes infetados com estes microrganismos no serviço.

Relativamente às ERC o doente só é considerado não colonizado por ERC após ter três amostras consecutivas negativas colhidas com intervalo de 48 horas (DGS, 2017d). Este aspeto ganha particular relevância quando ao consultar o relatório do PPCIRA (2018) constatamos que entre 2014 e 2017 ocorreu um aumento exponencial de 78,35% no que respeita à percentagem de isolados invasivos de *Klebsiella pneumoniae* com suscetibilidade diminuída aos carbapenemos, tornando-o um microrganismo que merece especial atenção.

O ECDC (2019b) relata altas taxas de mortalidade associadas a estes microrganismos, entre 30% a 75% em doentes com infeções graves e acima de 50% em doentes com infeções da corrente sanguínea.

No que diz respeito ao protocolo de prevenção e controlo de colonização e infeção por SARM, todos os doentes admitidos no SMI eram submetidos nos primeiros cinco dias de internamento a banhos com gluconato de clorhexidina a 2%, tal como preconiza a DGS (2014).

A DGS publicou em 2015 normas relativas a “Feixes de Intervenções” para prevenir as infeções. Um “Feixe de Intervenções” é definido pela DGS (2015d) como um conjunto de variáveis que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição de efeito de cada uma individualmente. Têm como objetivo assegurar que os doentes recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. A DGS realça ainda que se tratam de conjuntos coesos de medidas, sendo que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo.

No SMI estão implementados feixes de intervenções relacionados com a prevenção de Infeção Relacionada com CVC (DGS, 2015d) e com prevenção de PAI (DGS, 2017e). Relativamente ao primeiro consideramos que a generalidade das intervenções incluídas no feixe era cumprida. Procurámos sempre intervir no estreito cumprimento das intervenções autónomas de enfermagem, relacionadas com a utilização da técnica asséptica na realização do penso do CVC, realização de higiene das mãos com SABA antes de manusear o CVC, descontaminação das conexões com clorhexidina a 2% e adequada periodicidade e utilização de técnica asséptica na mudança do penso do CVC. Já relativamente ao segundo, relacionado com a PAI, havia preocupação na implementação das intervenções autónomas de enfermagem como a manutenção da cabeceira do leito com inclinação entre 30° a 45° em doentes que tinham essa possibilidade, realização de higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, substituição dos circuitos ventilatórios apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes e manutenção de pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O. No que se refere à redução da sedação e ao desmame ventilatório, não sendo estas intervenções autónomas de enfermagem, é importante realçar o papel do enfermeiro enquanto membro da equipa multidisciplinar. O enfermeiro é frequentemente responsável pela gestão da sedação em doentes ventilados. Assim, é importante promover a redução diária da sedação, titulando o nível mínimo adequado, bem como discutir diariamente em equipa a possibilidade de desmame ventilatório ou extubação (Perrin & MacLeod, 2018).

Relativamente ao feixe de intervenções de prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2017f), procurámos cumprir todas as intervenções na prestação de cuidados.

A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela, nos primeiros 30 dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese (DGS, 2015e), constando entre as IACS mais frequentes

(ECDC, 2019a). Dados do PPCIRA (2018) revelam uma incidência cumulativa de ILC de 4,17 por 100 pessoas submetidas a cirurgia, considerando que são monitorizadas apenas as colecistectomias, cirurgias de cólon e reto, cesarianas, artroplastias da anca e do joelho, laminectomias e as cirurgias associadas a bypass coronário. Estes dados de incidência variam de 0.53 por cada 100 doentes submetidos a laminectomia, até 16.23 por cada 100 doentes submetidas a cirurgia colo-retal (PPCIRA, 2018). Comparativamente, dados do ECDC (2019a), que têm em conta resultados de vários países europeus, revelam uma taxa de incidência cumulativa de ILC 10.1 por cada 100 doentes submetidos a cirurgias colo-retais. Neste campo o CHL tem implementados procedimentos internos no sentido da aplicação das intervenções que constam no “Feixe de Intervenções de prevenção de ILC”. Pudemos verificar que algumas das intervenções não eram sempre realizadas, como a realização de banho com clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência, bem como a realização de tricotomia apenas quando absolutamente necessária (DGS, 2015e). A aplicação de todas as medidas que constam do feixe de intervenção é um esforço que tem de ser realizado não só pelo BO, mas também pelos outros serviços. Martins e Fernandes (2019) realizaram um estudo onde constataram uma redução de 28.4% na taxa de ocorrência de ILC após implementação do feixe de intervenções.

Existem outros fatores que condicionam o aparecimento de ILC tais como o vestuário dos profissionais, os campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica (DGS, 2013c). Denotámos sempre grande preocupação por parte de todos os profissionais em cumprir os princípios e normas para prevenção da ILC. Relativamente à antisepsia da pele antes da incisão cirúrgica, as *guidelines* mais recentes recomendam a utilização de solução alcoólica de clorohexidina como opção primordial (Allegranzi et al., 2016; *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), 2019), no entanto, por inexistência dessa solução no BO, era utilizada solução alcoólica ou aquosa de iodopovidona.

A VE é outra das áreas de atuação do PPCIRA e no SMI a preocupação com a VE é uma realidade. Existe um enfermeiro e um médico com funções específicas nesta área e que desenvolvem um trabalho bastante meritório na recolha, análise e interpretação de dados.

O SMI do CHL participa num estudo sobre as “Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea”, inserido no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS promovido pela DGS. O objetivo do estudo é abordar os aspetos epidemiológicos mais relevantes relativos à infeção associada à colocação, manutenção, substituição e remoção dos dispositivos intravasculares, patogénese, fatores de risco, critérios de diagnóstico e salientar as medidas de prevenção e controlo desta infeção (Programa Nacional de Controlo de Infeção, 2006). Neste sentido é preenchido diariamente um impresso onde são registadas informações padronizadas sobre

os cateteres venosos centrais e cateteres de hemodiálise. Tivemos oportunidade de colher estes dados e colaborar no preenchimento desse impresso.

O SMI está também incluído no programa de vigilância epidemiológica *Healthcare-Associated Infections Surveillance Network – Intensive Care Units* da Rede Europeia de vigilância das IACS. São recolhidos dados através do sistema informático *B-Simple*[®] e através do preenchido diário de um impresso com dados relativos às infeções (número de doentes ventilados, microrganismos isolados, tempos de permanência na UCI, etc.).

Através da consulta do relatório interno do SMI do CHL acerca das infeções monitorizadas entre 2012 e 2018, que não se encontra publicado, pudemos comparar alguns dados. A incidência de PAI por 1000 dias de entubação em 2017 foi de 8.13 enquanto a média nacional foi de 6.6 (PPCIRA, 2018). Relativamente à incidência de bacteriemia associada a CVC por 1000 dias de CVC foi de 1.25 em 2017, enquanto a média nacional foi de 0.9 (PPCIRA, 2018). No que concerne às infeções do trato urinário adquiridas em UCI, a taxa média a nível europeu foi de 3,6 por 1000 dias de utilização de cateter vesical (ECDC, 2019a). Os dados do SMI indicam o valor de 8.84. Não foram encontrados dados recentes relativos à realidade nacional.

Consideramos que a equipa do SMI é extremamente empenhada e preocupa-se em melhorar as suas práticas e em obter melhores resultados diariamente. A realização de relatórios próprios de vigilância epidemiológica é mais uma demonstração disso. Entendemos que os EEEMCPSC serão, no âmbito das suas competências, elementos importantes para a consecução deste objetivo.

Os EC realizados permitiram a consolidação e aquisição de novos conhecimentos na área da prevenção, controlo e intervenção na infeção. Apesar dos conhecimentos prévios acerca desta temática, a especificidade dos contextos de EC proporcionou aprendizagens muito significativas.

3. CONCLUSÃO

Acreditamos que os cursos de especialização em enfermagem devem ter como propósito o desenvolvimento profissional do enfermeiro, amplificando o seu conhecimento, a sua competência, o raciocínio crítico, a melhoria na resolução de problemas e a tomada de decisão. Neste sentido, podemos afirmar que a realização dos EC em serviços diferenciados como o SUG, o SMI e o BO contribuiu sobejamente para a consecução destes intuitos.

O percurso descrito foi longo e árduo, mas bastante gratificante. Os sucessos foram um incentivo e uma motivação permanente, mas as angústias próprias de um percurso desta natureza, revelaram-se também como aprendizagens sólidas e importantes que permanecerão para toda a vida.

A análise das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMCPSC, mediante a reflexão crítica das atividades desenvolvidas, espelha o percurso sólido e intenso feito o longo dos EC. Esta reflexão foi extremamente produtiva e enriquecedora, no sentido em que foram analisadas não só as experiências vivenciadas, mas também as dificuldades e as estratégias necessárias para percorrer o caminho do desenvolvimento de competências. A análise e reflexão sobre essas experiências, dissecando-as, forneceu significativos contributos para a nossa evolução pessoal e profissional. Refletir é, sem dúvida, um ato de aprendizagem.

Na generalidade, podemos afirmar que todas as competências foram adquiridas, o que contribuirá indubitavelmente para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

A elaboração deste trabalho constituiu-se como uma verdadeira mais-valia. Promoveu o desenvolvimento substancial do raciocínio crítico, o aumento dos conhecimentos e forneceu um suporte efetivo para futuras tomadas de decisão. Os conhecimentos baseados em evidência científica são a base de diferenciação do EE. A construção de uma base de conhecimentos sólida fundamenta a tomada de decisão, tanto no domínio da prestação de cuidados diretos à pessoa, como nos restantes domínios de ação do enfermeiro.

Após o final dos EC, sentimos que enquanto EE devemos mobilizar todos os conhecimentos e competências adquiridas para a prática diária de cuidados, visando a promoção da excelência no cuidar. Além da especialização na área dos cuidados à PSC, devemos alargar a nossa ação aos domínios comuns, visando assim obter ganhos de saúde para o utente, ganhos para a equipa de trabalho e ganhos a nível institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARC. (2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory care*, 55(6), 758-764. <http://rc.rcjournal.com/content/55/6/758>
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Formasau.
- ACSS. (2011). Recomendações Técnicas para Bloco Operatório – RT 05/2011. Lisboa: Ministério da Saúde. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- ACSS. (2013). Recomendações Técnicas para a Instalação de Unidades de Cuidados intensivos. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- AESOP. (2006). *Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta
- Al Thobaity, A., Plummer, V. & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International emergency nursing*, 31, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>
- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Albarran, J., & Saraiva, M. (2012). *Acute kidney injury (Aki): a guide to clinical practice*. http://www.efccna.org/images/stories/publication/acute_kidney_injury_book.pdf
- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 97–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012>
- Aleixo, A. (2014). A avaliação dos estilos de aprendizagem dos enfermeiros nos contextos de trabalho: Um trilha para a construção de um instrumento (Dissertação de Mestrado em enfermagem: Área de especialização em supervisão clínica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <http://repositorio.esenfc.pt/?url=fVjnolyv>
- Allegranzi, B., Bischoff, P., Jonge, S., Kubilay, N., Zayed, B., Gomes, S., Abbas, M., Atema, J., Gans, S., van Rijen, M., Boermeester, M., Egger, M., Kluytmans, J., Pittet, D., & Solomkin, J. (2016). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12). [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(16\)30398-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30398-x)
- Almeida, M., Segui, M., Maftum, M., Labronici, L., & Peres, A. (2011). Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(spe), 131–137. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000500017>
- American Nurses Association. (s.d.). *Delirium: Prevent, Identify, Treat*. ANA. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/delirium/>
- American Psychological Association. (2020). *APA Style*. <https://apastyle.apa.org/>
- Andrade, B., Barros, F., Lúcio, H., Campos, J., & Silva, R. (2019). Atuação do enfermeiro intensivista no modelo colaborativo de hemodiálise contínua: nexos com a segurança do paciente. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018004603475>
- AORN. (2016) Position Statement on Perioperative Pressure Ulcer Prevention in the Care of the Surgical Patient. *AORN Journal*, 104(5), 437–438. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.08.011>
- AORN. (2017). Guideline for cleaning and care of surgical instruments. http://www.nascecme.com.br/assinante/GUIDELINE_FOR_CLEANING_AND_CARE_OF_SURGICAL_INSTRUMENTS.pdf
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Araújo, S. (2012). *Administração de Desastres - Conceito e Tecnologias*. http://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaodeDesastres.pdf
- Aromataris E., & Munn Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Aryani, D., & Tanner, J. (2018). Does open or closed endotracheal suction affect the incidence of ventilator associated pneumonia in the intensive care unit? A systematic review. *Enfermería Clínica*, 28, 325–331. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30179-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30179-7)

- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. (2011, 27 de Agosto). *Associação Portuguesa de Enfermagem Forense*. <http://apeforense.blogspot.com/2011/>.
- Aued, G., Bernardino, E., Peres, A., Lacerda, M., Dallaire, C., & Ribas, E. (2016). Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(1), 142–149. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>
- Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F., & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>
- Aviso nº 9191/2014 de 11 de Agosto. Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República: 2.ª série, N.º 153 (11/08/2014), p. 20719 – 20719. <https://www.dre.pt>
- Bailas, M. (2016). *Impacto Do Uso De Sistemas De Informação Informatizados Na Carga Global De Trabalho Dos Enfermeiros* (Dissertação Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/17135>
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 187-195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01791.x>
- Bartlett, S., & Fatovich, D. (2009). Emergency department patient preferences for waiting for a bed. *Emergency Medicine Australasia*, 21(1), 25–30. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2008.01147.x>
- Bastos, C., & Barbieri, M. C. (2020). Administração de medicação intravenosa nos hospitais: Contributos para uma prática segura baseada na evidência. *Millenium*, 2(11), 49-55. <https://doi.org/10.29352/mill0211.05.00260>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª ed). Springer Publishing Company.
- Bermejo, J. (2005). *Inteligência emocional. La sabedoria del corazón en la salud y en la acción social*. Sal Terrae.
- Borges, D. (2013). Gestão de conflitos - Um desafio em enfermagem. In: Serie Monográfica Educação e Investigação em Saúde, *Gestão em Organizações de Saúde* (p. 48-61). Unidade de investigação da Escola Superior em Ciências da Saúde - Enfermagem, Escola superior de enfermagem de Coimbra.
- Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., Omathúna, D., Schultz, T., Sheridan, A., & Vilis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007019.pub2>
- Cabral, A., Oram, C., & Allum, S. (2018). Developing nursing leadership talent-Views from the NHS nursing leadership for south-east England. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 75–83. <https://doi.org/10.1111/jonm.12650>
- Camargo, N., Lima, M., Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. (2019). Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *q(2)*, 326–340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H., Ducombe, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2020). *Natural Disasters 2019*. https://cred.be/sites/default/files/adsr_2019.pdf
- Chan, S., Cheung, N., Graham, C., & Rainer, T. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*. 21(4), 345–352. <https://doi.org/10.12809/hkmj144399>
- CHL. (2012). Plano de emergência interno contra incêndios – PLN.CHL.010.01. Leiria
- CHL. (2015a). Identificação dos doentes - PI.CHL.047.05. Leiria
- CHL. (2015b). Prescrição verbal e comunicação de resultados de MCDT - PI.CHL.041.02. Leiria
- CHL. (2015c). Medicamentos de alto risco (MAR) - PI.CHL.153.00. Leiria
- CHL. (2015d). Relatório de Simulacro nº 05/2015. Relatório de Simulacro – IMP.CHL.597.02. Leiria
- CHL. (2015e). Cuidados a ter com doentes colonizados/infetados com microrganismos multirresistentes na UCPA - PI.CHL.068.01. Leiria
- CHL. (2017). Plano de Emergência Externo (Catástrofe) - PLN.CHL.074.00. Leiria

- CHL. (2018a). Gabinete de informações do serviço de Urgência Geral do HSA - PI.CHL.188.01. Leiria
- CHL. (2018b). Prevenção e Monitorização de Quedas - PI.CHL.059.04. Leiria
- CHL. (2018c). Avaliação da Dor no Adulto – PI.CHL.126.02. Leiria
- CHL. (2019a). *CHL assegura reacreditação em segurança e qualidade pela Joint Commission International*. CHL. <http://www.chleiria.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/chl-assegura-reacreditacao-em-seguranca-e-qualidade-pela-joint-commission-international-500/>
- CHL. (2019b). Regulamento - Visitas e Acompanhantes de doentes – RE.CHL.020.05. Leiria
- CHL. (2019c). Critérios de admissão e alta no serviço de Medicina Intensiva - PI.CHL.095.02. Leiria
- CHL. (2019d). Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar – IT.CHL.144.03. Leiria
- CHL. (2019e). Procedimento Gestão do Fluxo de Doentes em Sobrelotação dos Serviços de Urgência – PI.CHL.248.00. Leiria
- CHL. (2019f). Prevenção de Úlceras de Pressão – PI.CHL.079.04. Leiria
- CHL. (2019g). Regulamento o Serviço de Urgência Geral do CHL, E.P.E. - RE.CHL.005.03. Leiria.
- CHL. (2019h). Relatório da Campanha da Higiene das Mãos e das PBCI HSA – 2019. Leiria.
- CHL. (2020a). CHL – Área de influência. CHL. <http://www.chleiria.pt/o-hospital/area-de-influencia-54/>
- CHL. (2020b). CHL - Missão e valores. CHL. <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/>
- Chou, R., Gordon, D., de Leon-Casasola, O., Rosenberg, J., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C., Chittenden, E., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu, C. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- CJ. (2008). Parecer N.º 08/2008: Informações telefónicas a familiares de utentes. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_t_elefonicas.pdf
- CJ. (2014). Parecer N.º 222/2014: Sigilo Profissional e Segurança da Informação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_222_2014_SegurancaInformacaoSigiloProfissional.pdf
- Conselho de Enfermagem & MCEEMC. (2017). Parecer conjunto N.º 01/2017: Atribuição de Responsável de Turno. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Costa, A. (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem* (Relatório par obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem médico cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%2BApendices%20-%20versão%20gravação.pdf>
- Crouch, R., Charters, A., Dawood, M. & Bennett, P. (2017). *Oxford Handbook of Emergency Nursing* (2ª ed.). Oxford University Press.
- Cunha, P., Monteiro, A., Lourenço, A., & Moreira, R. (2018). Conflitos em contexto de saúde: Um instrumento de avaliação de estilos de gestão de conflito. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental*, 20. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0221>
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, Nº 205 (04/09/1996), p. 2959-2962. <https://www.dre.pt>
- Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de Março: Código Penal. Ministério da Justiça. Diário da República: 1ª série, Nº 63 (15/03/1995), p. 1350-1416. <https://www.dre.pt>
- Decreto-Lei nº 63/2016, de 13 de Setembro. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: 1ª série, Nº 176 (13/09/2016), p. 3159-3191. <https://www.dre.pt>
- Despacho nº 13427/2015 de 20 de Novembro: Rede de Urgência/Emergência. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Diário da República: 2ª série, Nº 228 (20/11/2015), p. 33814-33816. <https://www.dre.pt>

- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República: 2ª série, Nº 28 (10/02/2015), p. 3882(2) -3882(10). <https://www.dre.pt>
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª série, N.º 102 (27/05/2015), p. 13550-13553. <https://www.dre.pt>
- Despacho nº 6668/2017 de 2 de Agosto. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: 2ª série, Nº 148 (02/08/2017), p. 16068-16069. <https://www.dre.pt>
- Despacho nº 9128/2012 de 5 de Julho. Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República: 2.ª série, N.º 129 (05/07/2012), p. 23790-23791. <https://www.dre.pt>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., van den Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003299>
- DGS. (sd). Resíduos hospitalares (documento de orientação). DGS - Direção de serviços de prevenção da doença e promoção da saúde, divisão de saúde ambiental e ocupacional. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/residuos-hospitalares-pdf.aspx>
- DGS. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- DGS. (2003a). Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- DGS. (2003b). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa nº 09/DGCG. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2007). Programa Nacional de Prevenção de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- DGS. (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar. Norma nº 15/DQS/DQCO. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- DGS. (2010b). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. Versão Portuguesa. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>
- DGS. (2010c). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação nº 007/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>
- DGS. (2011a). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Orientação nº 008/2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011.aspx>
- DGS. (2011b). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação 018/2011. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- DGS. (2011c). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação 017/2011. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- DGS. (2012a). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Norma 03/2012. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012-png.aspx>
- DGS. (2012b). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Norma 17/2011 de 28/09/2011 atualizada em 14/06/2012. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg.aspx>
- DGS. (2013a). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos -Orientações Programática. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>

- DGS. (2013b). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma 29/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- DGS. (2013c). Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma 24/2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>
- DGS. (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma 018/2014. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Norma nº 002/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-09012015-pdf.aspx>
- DGS. (2015b). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma 15/2013 de 03/10/2013 atualizada a 4/11/2015. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- DGS. (2015c). Medicamentos de alerta máximo. Norma 14/2015. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- DGS. (2015d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma 022/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- DGS. (2015e). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Norma 020/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2017b). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma n.º 010/2016. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- DGS. (2017c). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- DGS. (2017d). Recomendação: Prevenção da transmissão de enterobactérias Resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>
- DGS. (2017e). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma 21/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017f). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma 19/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- DGS. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma 007/2019. em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Dhawan, I., Tewari, A., Sehgal, S., & Sinha, A. C. (2017). Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável? *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(2), 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.12.006>
- Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Dowding, D., Gurbutt, R., Murphy, M., Lascelles, M., Pearman, A., & Summers, B. (2012). Conceptualising decision making in nursing education. *Journal of Research in Nursing*, 17(4), 348–360. <https://doi.org/10.1177/1744987112449963>
- ECDC. (2019a). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf

- ECDC. (2019b). *Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, second update*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-risk-assessment-rev-2.pdf>
- Elias, A., Tiemi, M., Cardoso, L., & Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 324-329. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCNs critical care nursing* (2ª ed.). Mosby Elsevier.
- ESSLei. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria. https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/GuiadeelaboraçaõdetrabalhosacadémicosESSLei2018_completo.pdf
- Evans, C., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 62-64. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000308>
- Fernandes, T. (2010). *Prioridade: doente crítico* (Relatório para obtenção de grau de mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica, Porto). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8542/1/Relatório%20Prioridade-Doente%20Crítico_Tânia%20Fernandes.pdf
- Ferreira, A. (2017). *Otimização dos serviços de cuidados de saúde: planeamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos* (Dissertação de Mestrado em Estatística e Investigação Operacional, Faculdade de Ciências – Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30374/1/ulfc120800_tm_Ana_Rita_Ferreira.pdf
- Fontana, R. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 59(5), 703–706. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672006000500021>
- Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-58. <https://doi.org/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>
- Gonçalves, M. (2017). *A perspetiva bidimensional na gestão de conflitos dos enfermeiros numa unidade de saúde* (Dissertação de Mestrado em Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/20965>
- Goodyear, C., & Goodyear, M. (2018). Career development for nurse managers. *Nursing Management (Springhouse)*, 49(3), 49-53. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000530429.91645.e2>
- Goot, W., Keers, J., Kuipers, R., Nieweg, R., & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Gricio, T., Kusumota, L., & Cândido, M. (2009). Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 11(4), 884-893. <https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33242>
- Gutierrez, L., Santos, J., Barbosa, S., Maia, A., Koerich, C., & Gonçalves, N. (2019). Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>
- Han, S. & Kim, S. (2016). An Integrative Literature Review on Self-awareness Education/Training Programs in the Nursing Area. *Perspectives in Nursing Science*, 13(2), 59-69. <https://doi.org/10.16952/pns.2016.13.2.59>
- Health Quality Ontario (2017). Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Ontario health technology assessment series*, 17(3), 1–23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357133/>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Lusociência.
- High, E., Lovelace, K., Gansneder, B., Strack, R., Callahan, B., & Benson, P. (2008). Promoting Community Preparedness: Lessons Learned From the Implementation of a Chemical Disaster Tabletop Exercise. *Health Promotion Practice*, 11(3), 310-319. <https://doi.org/10.1177/1524839908325063>
- IAFN. (s.d.). *What is Forensic Nursing?*. <https://www.forensicnurses.org/page/WhatisFN>
- ICN. (2017). *Disaster Nursing - International Classification for Nursing Practice Catalogue*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Catalogue_Disaster_Nursing.pdf
- ICN. (2020). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its

- pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- International Association for the Study of Pain. (2017, 14 de Dezembro). *IASP Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- JCI. (2017). *Padrões de Acreditação da Joint Comissão Internacional para Hospitais*. Department of Publications Joint Commission Resources
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2009.01815.x>
- Jerng, J., Huang, S., Liang, H., Chen, L., Lin, C., Huang, H., Hsieh, M., & Sun, J. (2017). Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. *PLOS ONE*, 12(2), e0171696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171696>
- Johansen, M., & O'Brien, J. (2015). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Jones, T., Black, I., Robinson, T., & Jones, E. (2019). Operating Room Fires. *Anesthesiology*, 130(3), 492–501. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002598>
- Jung, D., Carman, M., Aga, R., & Burnett, A. (2016). Disaster Preparedness in the Emergency Department Using In Situ Simulation. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 56–68. <https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000091>
- Just News. (2018, 14 de Fevereiro). *Hospital Pedro Hispano previne sequelas após internamento em cuidados intensivos*. <https://justnews.pt/noticias/hospital-pedro-hispano-previne-sequelas-aps-internamento-em-cuidados-intensivos#.XcylAW52tPY>
- Kane-Gill, S., Dasta, J., Buckley, M., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., George, E., Pohlman, A., Agarwal, S., Henneman, E., Bejian, S., Berenholtz, S., Pepin, J., Scanlon, M., & Smith, B. (2017). Executive Summary. *Critical Care Medicine*, 45(9), 1546–1551. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002519>
- Katz, J. (2007). Conflict and its resolution in the operating room. *Journal of Clinical Anesthesia*, 19(2), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2006.07.007>
- Kawagoe, C., Matuoka, J., & Salvetti, M. (2017). Pain assessment tools in critical patients with oral communication difficulties: a scope review. *Revista Dor*, 18(2), 161-165. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170032>
- Kerslake, I., & Kelly, F. (2017). Uses of capnography in the critical care unit. *BJA Education*, 17(5), 178–183. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw062>
- Kim, H., & Park, S. (2019). Sepsis: Early Recognition and Optimized Treatment. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 82(1), 6. <https://doi.org/10.4046/trd.2018.0041>
- King, M., Dorfman, M., Einav, S., Niven, A., Kissoon, N., & Grissom, C. (2015). Evacuation of Intensive Care Units During Disaster: Learning From the Hurricane Sandy Experience. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(1), 20–27. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.94>
- Klim, S., Kelly, A., Kerr, D., Wood, S., & Mccann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2233-2243. <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>
- Labrague, L., Hamdan, Z., & Mckenroe-Petitte, D. (2018). An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 902–917. <https://doi.org/10.1111/jonm.12626>
- Lavin, R., Adelman, D., & Veenema, T. (2017). Society for the Advancement of Disaster Nursing: Exploring the Path to Excellence. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(6), 641-646. <https://doi.org/10.1017/dmp.2017.10>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed). Artmed.
- Lei nº 15/2014 de 21 de Março: Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. Diário da República: 1ª série, Nº15 (21/03/2014), p. 2127-2131. <https://www.dre.pt>
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República: 1ª série, Nº181 (16/09/2015), p. 8059-8105. <https://www.dre.pt>
- Lei nº 80/2015 de 3 de Agosto: Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho., que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Assembleia da República. Diário da República: 1ª série, Nº149 (03/08/2015), p. 5311-5326. <https://www.dre.pt>

- Liang, S., Theodoro, D., Schuur, J., & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.024>
- Liu, P., Shen, W. & Chen, H. (2017). The Incidence of Pressure Ulcers in the Emergency Department: A Meta-analysis. *Wounds*, 29(1), 14–19. <https://www.woundsresearch.com/article/incidence-pressure-ulcers-emergency-department-meta-analysis>
- Macedo, A., Mendes, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L., & Lage, M. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- Marino, P., & Galvagno, S. (2017). *Marino's the little lcu book*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Martinho, C., & Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. doi: 10.5935/0103-507x.20160027
- Martins, M., & Fernandes, A. (2019). Implementação de *bundles* na prevenção da infeção após prótese total da anca. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 21), 101–110. <https://doi.org/10.12707/riv18051>
- Martins, R., Nunes, P., Xavier, P., Wittkopf, P., & Schivinski, C. (2014). Aspiração traqueal: a técnica e suas indicações. *Arq Catarin Med*, 43(1), 90-96. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1280.pdf>
- Matney, S., Staggers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' Wisdom in Action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/23333393616650081>
- MCEEMC. (2016). Parecer N.º 06/2016: Especificidade da área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8251/parecer_06_13_12_2016_mceemc_valorizacao-cuidadosenfesppessoasituacaocritica.pdf
- MCEEMC. (2017a). Parecer N.º 10/2017: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação no Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-10-2017_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%AAncia.pdf
- MCEEMC. (2017b). Parecer N.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- MCEEMC. (2018a). Parecer N.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- MCEEMC. (2018b). Parecer N.º 14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Mckibben, L. (2017). Conflict management: importance and implications. *British Journal of Nursing*, 26(2), 100–103. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.2.100>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melo, J., Teixeira, A., Novo, A., Figueiredo, M. & Branco, N. (2013). Visita de enfermagem pré-operatória – a opinião dos doentes. *Millenium*, 44, 171-182. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium44/11.pdf>
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 170–177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Milagre, F., Teixeira, A., Souza, N., Lemos, N. & Heck, J. (2013). Monitorização do bloqueio neuromuscular. *Acta méd. (Porto Alegre)*, 34(5). <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880752/monitorizacao-do-bloqueio-neuromuscular.pdf>

- Mineiro, D., Oliveira, C., Fonseca, R., Mininel, V., Zem-Mascarenhas, S., & Machado, R. (2019). Strategies to minimize medication errors in emergency units: An integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(Suppl 1), 307-314. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>
- Mitzkewich, M. (2019). Sepsis Screening in Triage to Decrease Door-to-Antibiotic Time. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 254-256. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.002>
- Molin, A., Gatta, C., Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1094–1102. <https://doi.org/10.1111/jocn.14135>
- Morley, G., & Ives, J. (2017). Reflections on How We Teach Ethics: Moral Failure in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 28(4), 384–390. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017743>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Murphy, R. (2012). Preventing Multidrug-Resistant Gram-Negative Organisms in Surgical Patients. *AORN Journal*, 96(3), 315–329. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.04.019>
- Nascimento, V., Maciel, M., Lemes, A., Borges, A., Terças, A., & Hattori, T. (2015). Perceptions of family on hospital in icu and reception of nursing. *Revista De Enfermagem Da UFPI*, 4(2), 92-99. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i2.3402>
- NICE. (2019). Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline – NG125. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 25(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- OE. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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 - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Oliveira, M., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B. & Borges, B. (2012). *INEM – Situação de Exceção, Manual TAS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf>
- Ordem dos Médicos & SPCI. (2008). *Transporte de Doentes Críticos*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Da Escola De Enfermagem da USP*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200014>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Patoleia, F. (2017). *Atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgia, Escola Superior de Saúde de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/17629>
- Patrick, M., & Hicks, R. (2013). Implementing AORN Recommended Practices for Prevention of Transmissible Infections. *AORN Journal*, 98(6), 609–628. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.018>
- Pearson, A. (2009). Historical and changing epidemiology of healthcare-associated infections. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.08.016>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Perrin, K., & MacLeod, C. (2018). *Understanding the essentials of critical care nursing* (3ª ed.). Pearson.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B., Hoh, B., Jauch, E., Kidwell, C., Leslie-Mazwi, T., Ovbiagele, B., Scott, P., Sheth, K.,

- Southerland, A., Summers, D., & Tirschwell, D. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46–e99. <https://doi.org/10.1161/str.000000000000158>
- PPCIRA. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Programa Nacional de Controlo de Infeção. (2006). *Recomendações para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-associada-aos-dispositivos-intravasculares.aspx>
- Puggina, A., Silva, M., Gatti, M., Graziano, K., & Kimura, M. (2005). A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. *Acta Paulista De Enfermagem*, 18(3), 313–319. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000300013>
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211-16. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª série, Nº 26 (06/02/2019), p. 4744-4750. <https://www.dre.pt>
- Regulamento nº 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: 2ª série, Nº 135 (16/7/2018), p. 19359-19370. <https://www.dre.pt>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª série, Nº 184 (25/09/2019), p. 128-155. <https://www.dre.pt>
- Regulamento nº 76/2018 de 30 de Janeiro: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª série, Nº 21 (30/01/2018), p.3478-3487. <https://www.dre.pt>
- Regulamento nº 877/2016 de 21 de Setembro. Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República: 2.ª série, N.º 182 (21/09/2016), p. 28748 – 28754. <https://www.dre.pt>
- Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão De Más Notícias Na Perspetiva Do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>
- Ribitsch, W., Haditsch, B., Otto, R., Schilcher, G., Quehenberger, F., Roob, J., & Rosenkranz, A. (2013). Effects of a Pre-dialysis Patient Education Program on the Relative Frequencies of Dialysis Modalities. *Peritoneal Dialysis International*, 33(4), 367–371. <https://doi.org/10.3747/pdi.2011.00255>
- Rood, P., Waal, G., Vermeulen, H., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & Boogaard, M. (2018). Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Australian Critical Care*, 31(3), 180–187. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.002>
- Rosenstock, K., Soares, M., Santos, S., & Ferreira, A. (2011). Aspectos Éticos No Exercício Da Enfermagem: Revisão Integrativa Da Literatura. *Cogitare Enfermagem*, 16(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v16i4.25444>
- Ruth-Sahd, Lisa. (2003). Reflective practice: A critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. *The Journal of nursing education*. 42. 488-97. https://www.researchgate.net/publication/9001814_Reflective_practice_A_critical_analysis_of_data-based_studies_and_implications_for_nursing_education
- Ryan, D., O'Regan, N., Caoimh, R., Clare, J., O'Connor, M., Leonard, M., McFarland, J., Tighe, S., O'Sullivan, K., Trzepacz, P., Meagher, D., & Timmons, S. (2013). Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*, 3(1), e001772. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001772>
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: Use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 126-134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

- Sampson, F., O’Cathain, A., & Goodacre, S. (2019). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 37(2), 85–94. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-208994>
- Santamaria, N., Creehan, S., Fletcher, J., Alves, P., & Gefen, A. (2019). Preventing pressure injuries in the emergency department: Current evidence and practice considerations. *International Wound Journal*, 16(3), 746–752. <https://doi.org/10.1111/iwj.13092>
- Schultz, C., Koenig, K., & Whiteside, M. (2012). Development of National Standardized All-Hazard Disaster Core Competencies for Acute Care Physicians, Nurses, and EMS Professionals. *Annals of Emergency Medicine*, 59(3), 196-208. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.09.003>
- Scott, R., Oman, K., Flarity, K., & Comer, J. (2018). Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall–Risk-Assessment Tool. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 483-490. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.01.007>
- Serrano, S. & Saldanha, E. (2018). Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos (diretiva “seveso iii”) – segunda edição. *Cadernos Técnicos PROCIV #7*. http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT_7_Manual_Planos-Emergencia-Externos_2Edicao-JAN2018.pdf
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, 16. <http://hdl.handle.net/10400.26/9208>
- Siddiqi, N., Harrison, J., Clegg, A., Teale, E., Young, J., Taylor, J., & Simpkins, S. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005563.pub3>
- Siirala, E., Suhonen, H., Salanterä, S., & Junttila, K. (2019). The nurse manager’s role in perioperative settings: An integrative literature review. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 918–929. <https://doi.org/10.1111/jonm.12770>
- Silva, F., Pachemshy, L., & Rodrigues, I. (2010). Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 21(2), 148–154. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2009000200006>
- Silva, M. A., & Freitas, G. (2007). Significados atribuídos pelos enfermeiros às ações nas ocorrências éticas no Bloco Operatório. *REME*, 11(4), 425-431. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/368>
- Silva, M. C., Santos, A. & Anderson, M. (2009). *Glossário de Proteção Civil*. Unidade de Previsão de Riscos e Alerta e Núcleo de Certificação e Fiscalização. http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/OUTRASEDICOES/Documents/GLOSSARIO-31_Mar_09.pdf
- Silva, M. T., (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade* (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Becoming a specialist: Portuguese nurses’ expectations after completing the specialization program. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(Nº16), 147–154. <https://doi.org/10.12707/riv17076>
- Simões, J; Alarcão, I & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência. II série*, 6. 91-108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- SNS. (2020a). *Monitorização do SNS*. Serviços de Urgência. Acedido a 4 de Maio em <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>
- SNS. (2020b). *Monitorização mensal dos hospitais*. Produção e rácios de eficiência. Acedido a 2 de Maio em https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficCirurgiaDashboard
- Society of Critical Care Medicine. (2013). *Post-intensive Care Syndrome*. Society of Critical Care Medicine (SCCM). <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Post-intensive-Care-Syndrome>
- Sousa, J. (2012). Resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofes. *Acta Med Port.*, 25(1), 37-43. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6>
- SPCI. (s.d.). *Resultados – Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

- SPCI. (2018). *Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos em Medicina Intensiva*. https://www.spci.pt/media/grupos/Grupo-de-Estudos-de-Cuidados-Paliativos-da-SPCI_VFinal-2.pdf
- Stinson, K. J. (2017). Benner's framework and clinical decision-making in the critical care environment. *Nursing science quarterly*, 30(1), 52-57. <https://doi.org/10.1177/0894318416680536>
- Sutton, L., & Jarden, R. (2016). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 22(6), 339-347. <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(5), 135-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thim, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C. & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 117. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s28478>
- Thomaz, P., Júnior, L., Muramoto, G., & Assad, R. (2017). Intra-aortic balloon pump in cardiogenic shock: state of the art. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 44(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001006>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Vangilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C., & Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(1), 20–28. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000292>
- Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Minho). <http://hdl.handle.net/1822/55867>
- Vlisides, P., & Avidan, M. (2019). Recent Advances in Preventing and Managing Postoperative Delirium. *F1000Research*, 8, 607. doi:10.12688/f1000research.16780.1
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162-178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- Wang, I., Walker, R., & Gillespie, B. M. (2018). Pressure injury prevention in the perioperative setting: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1049>
- Warnock, C., Buchanan, J., & Tod, A. (2017). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1632–1645. <https://doi.org/10.1111/jan.13252>
- WHO. (s.d.). *Medication Without Harm*. World Health Organization. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
- WHO. (2008). *Glossary of humanitarian terms*. World Health Organization. <http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>
- WHO. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
- WHO. (2014). *Safe Management of Wastes From Health-care Activities. Second Edition*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85349/9789241548564_eng.pdf?sequence=1
- Wolfe, A., Hoang, K., & Denniston, S. (2018). Teaching Conflict Resolution in Medicine: Lessons From Business, Diplomacy, and Theatre. *MedEdPORTAL Publications*, 14. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10672

**PARTE II – EFICÁCIA DA FORMAÇÃO SOBRE *DELIRIUM* A
ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DO DOENTE E DIMINUIÇÃO DO
TEMPO DE INTERNAMENTO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Resumo

Contextualização: O *delirium* apresenta-se como uma complicação comum em pessoas hospitalizadas, particularmente nos doentes mais idosos. Com elevadas taxas de incidência, pode apresentar consequências graves para o doente no que concerne à segurança, estado cognitivo e funcional, bem como aumento dos custos em saúde. A prevenção e tratamento do *delirium* através de programas baseados em medidas multicomponentes, tem sido um objetivo das instituições de saúde a nível internacional, sendo a educação dos profissionais um dos eixos fundamentais desses programas. Estudos anteriores revelaram que as intervenções educacionais são benéficas na promoção de mudanças comportamentais nos profissionais.

Objetivo: Com a elaboração desta Revisão Sistemática da Literatura procurámos sintetizar a melhor evidência disponível acerca da eficácia da formação sobre *delirium* a enfermeiros na melhoria da segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento.

Crítérios de inclusão: Incluímos apenas estudos em que fosse realizada uma intervenção com componente educacional, independentemente das suas características. Avaliámos os efeitos dessas intervenções na taxa de quedas, taxa de úlceras por pressão e diminuição do tempo de internamento. Optámos por incluir apenas estudos do tipo experimental, estudos randomizados controlados, não randomizados ou outros estudos quaseexperimentais, incluindo estudos antes-após.

Métodos: A pesquisa de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e Scopus, na Biblioteca Virtual em Saúde, na plataforma EBSCOhost, na base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e no *System for Information on Grey Literature in Europe*. Os idiomas selecionados foram o português e o inglês.

Resultados: Dos 729 artigos inicialmente identificados, após realizado o processo de seleção e aplicados os instrumentos de avaliação crítica de qualidade metodológica, restaram quatro artigos. Desses, três são estudos de coorte e um é um estudo randomizado controlado. Constatámos diferenças entre os vários artigos, no que diz respeito às intervenções com componente educacional, aos contextos, aos critérios de inclusão e aos participantes. Todos os estudos avaliaram o efeito da formação no tempo de internamento, três estudos avaliaram o efeito na taxa de quedas e apenas um avaliou o efeito na taxa de úlceras por pressão.

Conclusão: A realização de formação sobre *delirium* é benéfica para a segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento. Os estudos em que a formação esteve na base da criação de unidades específicas de cuidados a doentes com *delirium* e da aplicação de medidas multicomponentes, foram os que alcançaram melhores resultados.

Palavras-chave: *Delirium*, Formação, Segurança do doente, Tempo de Internamento

Abstract

Background: Delirium presents itself as a common complication in hospitalized people, particularly in older patients. With high rates of incidence, it can have serious consequences for the patient's safety, cognitive and functional status, as well as increased health costs. The prevention and treatment of delirium through programs based on multicomponent interventions, has been a main goal of health institutions at an international level, with the training of professionals being one of the fundamental axes of this programs. Previous studies have shown that educational interventions are beneficial in promoting changes of professionals' behaviour.

Objective: With this Systematic Literature Review, we aim to synthesize the best available evidence about the effectiveness of nurses' training on delirium, in improving patient safety and decreasing hospital stay.

Inclusion criteria: We only included studies in which an intervention with an educational component was carried out, regardless of its characteristics. We evaluated the effects of these interventions on the rate of falls, the rate of pressure ulcers and the decrease in hospital stay. We decided to include only experimental-type studies, randomized controlled trials, non-randomized studies or other quasi-experimental studies, including before-after studies.

Methods: The search for articles was carried out in PubMed and Scopus databases, in Biblioteca Virtual em Saúde, in EBSCOhost platform, in the database of Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal and in System for Information on Gray Literature in Europe. The selected languages were Portuguese and English.

Results: 729 articles were evaluated. After the selection process and the critical assessment instruments of methodological quality were carried out, four articles remained. Of these, three are cohort studies and one is a randomized controlled trial. We found differences between the various articles relating to interventions with an educational component, contexts, inclusion criteria and participants. All studies evaluate the effect of education on hospital stay, three studies evaluate the effect on the rate of falls and only one evaluated the effect on the rate of pressure ulcers.

Conclusion: Promoting nurses' training on delirium is beneficial for patient safety and for reducing hospital stay. Training that served as the basis for the creation of specific care units for patients with delirium and training with application of multi-component interventions, were the best in achieving these benefits.

Keywords: Delirium, Education, Patient safety, Length of stay

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O termo *delirium* provém da palavra latina “*delirare*” (Vijayakumar et al., 2014). Está etimologicamente relacionado com a atividade agrícola de arar a terra. Literalmente o termo significa “sair do caminho arado”, tendo evoluído para um significado figurativo semelhante ao conceito de “ficar louco”.

De acordo com a *American Psychiatric Association (APA)* (2013), o termo *delirium* refere-se a uma alteração aguda e flutuante do estado mental, com redução da consciência e distúrbio da atenção, que não pode ser atribuída a uma demência previamente existente ou em evolução. Para além disso, o desenvolvimento da alteração ocorre num curto período, geralmente de horas a dias, com tendência a haver flutuações ao longo do dia. A condição está associada a uma rápida redução da função cerebral e geralmente é desencadeada por doenças com abrangência sistémica (Cerveira et al., 2017).

O *delirium* pode apresentar-se de três formas: hipoativo, hiperativo e misto. O *delirium* hipoativo manifesta-se por anedonia, letargia, ausência, desorientação, diminuição da verbalização, diminuição do estado de alerta e da atividade motora. A forma hiperativa do *delirium* relaciona-se com agitação, irritabilidade, desorientação, alucinação e até combatividade. Nas formas mistas do *delirium* há uma flutuação entre as características dos dois subtipos anteriores, podendo haver períodos de lucidez entre eles (Meagher, 2009).

O *delirium* pode ser considerado uma insuficiência cerebral aguda, ou seja, uma síndrome multifatorial análoga à insuficiência cardíaca (Inouye et al., 2014). Sendo de origem multifatorial, tem sido desenvolvido muito trabalho exploratório no sentido de explicar os mecanismos desta disfunção. Foram propostas várias explicações para este evento (Hughes et al., 2012), mas atualmente a teoria mais aceite é a da diminuição da atividade colinérgica acompanhada de aumento dopaminérgico (Prayce et al., 2018).

O risco de desenvolver *delirium* pode ser visto como resultado de fatores predisponentes e precipitantes (Clegg et al., 2014; Inouye et al., 2014). Inouye e Charpentier (1996) definiram fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de *delirium* como as vulnerabilidades apresentadas pelas pessoas no momento da admissão, ou seja, fatores relacionados com o doente. Os fatores precipitantes foram definidos como estímulos nocivos ou fatores relacionados à hospitalização que contribuem para o desenvolvimento de *delirium*, ou seja, são extrínsecos ao doente.

Como fatores de risco predisponentes para desenvolvimento de *delirium* surgem a idade avançada, demência (geralmente não reconhecida clinicamente) ou alterações cognitivas leves, história de *delirium* anterior, debilidades funcionais e o elevado número de

comorbilidades. O sexo masculino, alterações sensoriais (visão e audição), sintomas depressivos, a desnutrição e desidratação, a polifarmácia e o abuso de álcool também têm sido associados a um risco aumentado (Marcantonio, 2017; *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO), 2016; *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), 2019).

Entre os fatores precipitantes, os mais comumente referidos são o uso de medicamentos específicos (especialmente hipnóticos sedativos e anticolinérgicos), procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos, dor não controlada, mobilidade limitada, presença de cateter urinário, anemia, infecções, surgimento de doenças agudas e exacerbação aguda de doenças crónicas (Marcantonio, 2017; RNAO, 2016; SIGN, 2019).

Marcantonio (2017) afirma que o risco de *delirium* pode ser avaliado de acordo com a presença de predisposição (*baseline*) e fatores precipitantes. Quanto mais fatores predisponentes estiverem presentes, menos fatores precipitantes serão necessários ao desenvolvimento de *delirium*. Este aspeto explica, de certa forma, porque o *delirium* normalmente surge em adultos mais velhos e frágeis, que são habitualmente portadores de um maior número de condições predisponentes.

Importa destacar a intervenção cirúrgica como fator precipitante do *delirium*. O *delirium* pós-operatório é uma forma de *delirium* que se manifesta em pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos e anestesia, ocorrendo geralmente entre um e três dias após a cirurgia (Whitlock et al., 2011). Associando o procedimento cirúrgico à idade, e sabendo que o crescente envelhecimento demográfico leva a que cada vez mais idosos sejam alvo de intervenção cirúrgica, encontramos nos idosos submetidos a cirurgia um grupo especialmente vulnerável a este evento adverso (Eamer et al., 2018).

O *delirium* está associado a várias consequências nefastas. As pessoas que desenvolvem *delirium*, comparativamente com as que não desenvolvem, têm maior tempo de internamento; têm maior declínio cognitivo e funcional (imediate e persistente); maior mortalidade hospitalar e mortalidade pós-alta; têm maior probabilidade de virem a ser admitidas em lares ou unidades de cuidados de longa duração; e têm maiores níveis de *distress* (NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019). Pessoas com *delirium* hiperativo apresentam aumento do risco de queda, do risco de remoção de dispositivos (sondas, cateteres e drenos) e de presença de lesões autoinfligidas ou UP (Faustino et al., 2016). Ao *delirium* hipoativo estão associados maior risco de desenvolvimento de infeções e UP (Prayce et al., 2018). O *delirium* pode ter um impacto prolongado no tempo, com sintomas que podem persistir até seis meses após o diagnóstico (LeGrand, 2012).

Considerando os efeitos adversos associados ao *delirium*, este assume-se como área prioritária de saúde pública e de segurança do doente. Assim, tem sido cada vez mais considerado como forte indicador da segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde prestados (Inouye et al., 2014; Gleason et al., 2015;).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, de entre os vários objetivos estabelecidos inclui a prevenção da ocorrência de quedas e a prevenção da ocorrência de UP (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro). Tendo em conta que a literatura refere as quedas, UP e aumento da duração de internamento como algumas das consequências mais comuns do *delirium* (NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019), devemos considerar a prevenção do *delirium* um foco de atenção importante para a melhoria da segurança do doente e promoção da qualidade dos cuidados.

O aumento de custos com saúde é outra das consequências do *delirium*. Vários estudos apontam para o aumento a nível do tempo despendido nos cuidados, aumento do tempo de internamento e aumento da despesa efetiva com estes doentes (Inouye et al., 2014; Leslie et al., 2008; Weinrebe et al., 2015).

O *delirium* está entre as emergências médicas mais comuns (SIGN, 2019). A incidência de *delirium* é de 22% nas pessoas hospitalizadas, 11 a 62% em utentes no período pós-operatório, podendo chegar mesmo a 80% nalgumas populações hospitalares específicas, nomeadamente doentes em cuidados intensivos (Pallaria et al., 2017; SIGN, 2019).

Relativamente aos subtipos de *delirium*, os dados indicam uma prevalência entre 20 e 40% do *delirium* hiperativo, enquanto o hipoativo apresenta valores superiores, entre os 60 e os 80% (Marcantonio, 2017; RNAO, 2016). Este é um aspeto relevante, uma vez que a maior dificuldade em detetar e diagnosticar a forma hipoactiva do *delirium* associa-o a um pior prognóstico para o doente (Inouye et al., 2014).

No que diz respeito a Portugal, Prayce et al. (2018) referem que a prevalência de *delirium* é desconhecida, embora se estime que seja semelhante à dos parceiros europeus. Alguns trabalhos isolados confirmam estas semelhanças com os valores internacionais. Mariz et al. (2013), num estudo realizado numa unidade de cuidados intermédios de um serviço de urgência, avaliaram a prevalência de *delirium* identificando-o em 20,1% da população. Numa unidade de AVC, Alvarez-Perez e Paiva (2016) constataram que num período de cinco anos o diagnóstico de *delirium* foi realizado em 10,2% dos doentes admitidos. Num outro trabalho realizado numa unidade anestésica pós-operatória, Abelha et al. (2010) referem que o diagnóstico de *delirium* foi feito em 11,4% dos doentes.

Inouye et al. (2014) referem que apesar de o *delirium* ser descrito pela literatura há mais de 2500 anos, este continua a ser frequentemente subdiagnosticado e mal compreendido. Verificam-se taxas de não-deteção que rondam os 33 a 72% (Ryan et al., 2013), chegando mesmo aos 100% em casos de *delirium* hipoativo (Luna et al., 2016).

Face à magnitude dos números apresentados, a prevenção do *delirium* tem sido um objetivo dos prestadores de cuidados de saúde nas últimas décadas. Na década de 80 foram realizados vários trabalhos com intervenções individualizadas, mas na década de 90 realizaram-se ensaios clínicos controlados que revelaram que uma estratégia de intervenção direcionada e multicomponente era eficaz para a prevenção de *delirium* (Inouye et al., 1999).

Siddiqi et al. (2016) afirmam que é possível reduzir a incidência do *delirium* em 30% através da implementação de medidas multicomponentes. As medidas multicomponentes não farmacológicas são caracterizadas por Eeles et al. (2017) como estratégias de prevenção de *delirium*, sendo igualmente utilizadas como estratégias de tratamento. Estas envolvem a avaliação e identificação de fatores de risco de *delirium*, abordando-os de uma forma holística através da otimização sensorial, ambiental e fisiológica.

Após avaliação da presença de fatores de risco, o enfermeiro deve elaborar um plano de prevenção de *delirium* através de medidas multicomponentes não farmacológicas. O plano de prevenção deve ser desenvolvido de forma colaborativa, porque algumas medidas preventivas envolvem outros membros da equipa interprofissional e a família (*American Geriatrics Society* (AGS), 2014; NICE, 2010; RNAO, 2016). Assim, e para que o plano de prevenção seja viável e adequado ao contexto clínico, este deve incluir uma variedade de intervenções e medidas que sejam direcionadas aos fatores de risco identificados (NICE, 2010; RNAO, 2016).

A implementação de programas que visam a prevenção do *delirium*, aumenta a segurança do doente, diminuindo as complicações, morbilidade, mortalidade e custos associados (AGS, 2014; NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019). Martinez et al. (2014) referem que estes programas passam pela aplicação de medidas farmacológicas e de medidas multicomponentes não farmacológicas que são essencialmente implementadas por enfermeiros, sendo as últimas as que alcançam melhores resultados junto dos doentes (Inouye et al., 2014; Martinez et al., 2014).

No quadro seguinte (Quadro 1) apresentamos um resumo de algumas medidas não farmacológicas para abordagem do *delirium*.

Quadro 1 – Intervenções multicomponentes para prevenção do *delirium*

Fator de risco	Intervenção
Alterações cognitivas ou demência	Orientação/reorientação cognitiva, providenciar relógio e calendário; adequar ambiente (luminosidade, ruído, sinalização clara); evitar mudanças desnecessárias de enfermaria; comunicação clara e eficaz.
Privação sensorial, isolamento	Promover atividades terapêuticas ou estimulantes cognitivamente, atividades com valor pessoal; promover reminiscência; promover visitas de familiares/amigos; evitar isolamento desnecessário, privação sensorial e sobrecarga sensorial.
Debilidade/Insuficiência sensorial	Otimizar ambiente (iluminação); providenciar próteses (auditivas, visuais) e verificar correto funcionamento; resolver causas reversíveis da deficiência, como cera impactada nos ouvidos.
Debilidade funcional, fraqueza, status funcional diminuído	Encorajar mobilização (levantar, caminhar, exercícios de amplitude de movimento); promover o autocuidado (higiene, alimentação, etc.); levantar precoce após a cirurgia.
Imobilidade ou mobilidade limitada	Promover mobilidade do doente, levantar precoce; evitar uso de contenção mecânica; limitar uso de dispositivos médicos e removê-los assim que necessário (cateteres, sondas, drenos, etc.)
Polifarmácia	Rever a medicação doente, solicitar colaboração médica para ajuste de doses ou substituição de fármacos.
Uso de medicação específica, com potencial de aumentar risco de <i>delirium</i>	Solicitar colaboração médica para ajuste terapêutico, substituição de medicamentos que aumentem o risco de <i>delirium</i> quando possível (ex: fármacos psicoativos, hipnóticos sedativos, benzodiazepínicos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, petidina).
Cateter urinário	Evitar cateteres desnecessários, remover cateter assim que possível; identificar e tratar precocemente infecções urinárias.
Dor	Avaliar corretamente a dor, utilizar escalas não verbais de avaliação se necessário; controlar adequadamente a dor; iniciar tratamento da dor em pessoas com suspeita de dor.
Perturbações de sono	Promover sono de qualidade, utilizar terapias não farmacológicas para promover o sono; adequar ambiente; minimizar atividades na enfermaria no período noturno.
Desnutrição	Assegurar nutrição adequada; solicitar apoio especializado se necessário; manter a ingestão adequada de nutrientes e glicose; garantir ajuste adequado de próteses dentárias; promover presença de familiares durante as refeições.
Desidratação, obstipação e alterações eletrolíticas	Monitorizar a nutrição, hidratação e função urinária/intestinal; promover ingestão de líquidos; restaurar níveis de eletrólitos através de administração de fluidos, com especial atenção ao risco de desidratação em doentes com diarreia, vômitos, administração de diuréticos, pneumonia, etc.
Hipoxia	Monitorizar os níveis de saturação de oxigênio, otimizar a oxigenação.
Infeção	Identificar e tratar precocemente a infeção.
Anemia	Identificar e abordar causas tratáveis de anemia.

Baseado em AGS (2014), Marcantonio (2017), NICE (2010), RNAO (2016) e SIGN (2019).

A SIGN (2019) afirma que o *delirium* é frequentemente esquecido nos cuidados de saúde diários e a razão poderá ser a falta de deteção associada. O NICE (2010) recomenda o uso de instrumentos de avaliação de *delirium* pelo menos uma vez por dia em doentes de risco e sempre que se verificarem alterações no comportamento, mesmo que sejam subtis.

Estão disponíveis múltiplos instrumentos para diagnóstico de *delirium*. O *Confusion Assessment Method* (CAM) é um instrumento observacional de *delirium*, desenvolvido por Inouye et al. (1990) com base no Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais III. É um instrumento rápido de usar na prática diária, exigindo uma pequena entrevista, que se destina à deteção rápida e precisa de *delirium* por profissionais de saúde treinados (não psiquiatras), em contexto clínico e de investigação. Oh et al. (2017) referem que o CAM surge como o instrumento de avaliação de *delirium* mais utilizado em todo o mundo, traduzido para

19 idiomas e usado em mais de 4500 estudos originais. Para a população portuguesa foi validada por Sampaio (2012).

As diretivas internacionais recomendam, mesmo em doentes sem avaliação de *delirium* presente, a manutenção de estratégias de prevenção baseadas em intervenções multicomponentes. Em doentes com elevado risco de ocorrência de *delirium*, nomeadamente aqueles com fatores de risco presentes, é importante não descurar estas medidas de forma a prevenir a ocorrência de *delirium* (AGS, 2014; NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019).

Em doentes com avaliação de *delirium* presente, deverão ser tratadas as causas ou fatores combinados, de acordo com avaliação da equipa multidisciplinar (AGS, 2014; NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019). Em primeiro lugar devem ser consideradas as causas agudas e potencialmente ameaçadoras de vida, incluindo hipoxia, hipotensão arterial, hipoglicémia, intoxicação ou abstinência de medicamentos/drogas. Devem ser identificadas e tratadas sistematicamente causas potenciais, tendo em conta que o *delirium* é maioritariamente de origem multifatorial (SIGN, 2019).

De seguida deverão ser implementadas intervenções multicomponentes com o intuito de abordar o doente com *delirium* de forma ativa e em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar e família ou cuidadores (AGS, 2014; NICE, 2010; RNAO, 2016.). Apesar de a experiência de observar um ente querido com *delirium* ser angustiante (NICE, 2014), o esclarecimento e educação do familiar/cuidador é essencial para que se dê início ao processo de recuperação e restabelecimento da condição normal do doente (SIGN, 2019).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico do *delirium*, este encontra-se apenas indicado em *delirium* do tipo hiperativo (AGS, 2014; RNAO, 2016), não havendo evidência suficiente para suportar a sua utilização em casos de *delirium* hipoativo (AGS, 2014). A utilização de medicação para tratar sintomas de *delirium* hiperativo está recomendada apenas perante doentes com quadros de agitação severa, em que se considere haver risco para a sua integridade, dos outros ou do meio que o rodeia (NICE, 2010).

Os enfermeiros devem socorrer-se das suas competências para assistir as pessoas através dos cuidados que prestam e será na aquisição e no desenvolvimento destas competências que se deverá basear a sua formação. A formação é determinante para a orientação tomada pelos profissionais e será também determinante para a qualidade do serviço prestado à população (Hesbeen, 2000).

A premissa supramencionada enquadra-se inteiramente no que concerne à problemática do *delirium*. As diretivas internacionais vão no sentido da promoção de programas educacionais acerca de *delirium* para os profissionais de saúde (AGS, 2014; RNAO, 2016). A AGS (2014)

recomenda que os hospitais implementem programas educacionais com sessões de atualização formais e/ou informais para os profissionais de saúde que cuidam de doentes em risco de *delirium*, com o objetivo de melhorar a compreensão da epidemiologia, avaliação, prevenção e tratamento. Também a RNAO (2016) indica que as organizações de saúde devem oferecer oportunidades para os enfermeiros e outros profissionais de saúde melhorarem a sua competência em cuidar de doentes com *delirium*, quer no acolhimento de novos funcionários ou alunos, quer em forma de atualização contínua.

A AGS (2014) considera que as intervenções educacionais devem incluir, no mínimo, temas como: definições e epidemiologia do *delirium*; características e sintomas do *delirium*; avaliação do *delirium*; fatores de risco e grupos de alto risco; consequências do *delirium*; gestão e prevenção de *delirium* com foco nas causas modificáveis; uso de abordagens não farmacológicas como medidas de primeira linha para prevenção de *delirium*.

Vários estudos revelaram que a falta de educação e treino em enfermeiros em contextos clínicos onde o *delirium* é prevalente está associada ao subdiagnóstico deste problema (Lieow et al., 2019). No mesmo sentido, também Guo e Fan (2016) afirmam que o reconhecimento precoce e a identificação de *delirium* é essencial para o tratamento adequado, pelo que a educação em serviço acerca da avaliação, fisiopatologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento do *delirium* são essenciais.

Trabalhos anteriores revelaram que as intervenções educacionais demonstram potencial na promoção de mudanças comportamentais nos profissionais, que conduzem ao aumento da deteção e reconhecimento do *delirium*, redução do uso de medicamentos sedativos e potencial de melhoria dos resultados de saúde e financeiros associados a este diagnóstico (Lundström et al., 2007; Mudge et al., 2013; Teodorczuk et al., 2013; Tøye et al., 2016; Yanamadala et al., 2013).

Neste sentido, partindo do princípio que a formação dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros, se reveste de grande importância para a prevenção, tratamento e minimização das consequências do *delirium*, surgiu o foco central deste estudo: Sintetizar a evidência existente acerca da influência da realização de formação sobre *delirium* a enfermeiros sobre a segurança do doente e diminuição do tempo de internamento.

2. METODOLOGIA

Um dos principais propósitos de uma investigação é gerar informação que contribua para melhorar a compreensão de um fenómeno em estudo, o que implica necessariamente identificar toda a investigação anterior relevante relacionada com esse fenómeno (Coutinho, 2018).

A literatura científica produzida está a aumentar exponencialmente e nesse sentido as revisões sistemáticas que compilam as evidências disponíveis têm-se tornado cada vez mais importantes. Tem havido um aumento crescente do uso da revisão sistemática como metodologia de investigação, e com este aumento também aumentaram as recomendações para conduzir este tipo de investigação (Donato & Donato, 2019).

Assim, algumas estruturas mundiais desenvolveram metodologias para sustentar o desenvolvimento da síntese e implementação da evidência. Entre outras, pela dimensão da sua estrutura mundial, destacam-se a *Cochrane Collaboration* e a JBI (Apóstolo, 2017). A JBI é um órgão internacional de investigação, desenvolvimento e organização, especializado na pesquisa em enfermagem baseada na evidência (Aromataris & Munn, 2020). Tendo em consideração a área de conhecimento na qual o presente estudo se desenvolve serão seguidas as orientações da JBI para realização de revisões sistemáticas de evidência.

De acordo com a JBI, para qualquer RSL devem desenvolver-se os seguintes passos: formular uma pergunta de revisão; definir critérios de inclusão e exclusão; localizar os estudos através de pesquisa; selecionar os estudos para inclusão; avaliar a qualidade metodológica dos estudos; extrair os dados; analisar/resumir e sintetizar os resultados relevantes; apresentar e interpretar os resultados, determinando a aplicabilidade dos mesmos (Aromataris & Munn, 2020).

2.1. QUESTÃO DE REVISÃO E OBJETIVOS

A questão de revisão deve especificar claramente o foco da revisão, os tipos de participantes, os tipos de intervenções, os comparadores e os tipos de resultados considerados. Assim, para construir uma pergunta de revisão clara e significativa, é normalmente usada a metodologia PICO em que o “P” corresponde a “**P**articipantes”, “I” corresponde a “**I**ntervenção”, “C” corresponde a “**C**omparador” e “O” corresponde a **O**utcomes ou “**R**esultados” (Tufanaru et al., 2020).

Desta forma, com a elaboração da presente RSL procurámos dar resposta à seguinte questão: **Qual é a eficácia da formação sobre *delirium* a enfermeiros na melhoria da segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento?**

Partindo da questão de revisão apresentada definimos o seguinte objetivo principal: Sintetizar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da formação sobre *delirium* a enfermeiros na melhoria da segurança do doente e na diminuição do tempo de internamento.

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A seleção de estudos a incluir na revisão deve ser baseada em critérios de inclusão. Os critérios de inclusão devem ser explícitos, inequívocos, razoáveis, sólidos e justificados (Tufanaru et al., 2020). A JBI recomenda que sejam consideradas duas categorias de critérios de inclusão: critérios de inclusão com base nas características do estudo e critérios de inclusão com base nas características da publicação (Tufanaru et al., 2020).

Assim, tendo como base a metodologia PICOD (Participantes, Intervenção, Comparador, Resultados (Outcomes) e Desenho dos estudos) definimos os seguintes critérios de inclusão:

- Participantes:

- Utentes com idade igual ou superior a 18 anos internados em qualquer serviço de qualquer especialidade.

- Tipos de intervenções:

- Intervenções que incluam educação, formação, treino ou prática acerca de *delirium*, realizadas a enfermeiros. Decidimos incluir qualquer tipo de formação, independentemente da tipologia, duração, conteúdos, frequência, presencial ou *e-learning*.

- Comparadores:

- Doentes que receberam cuidados prestados por enfermeiros sem formação em *delirium* e doentes que receberam cuidados prestados por enfermeiros com formação em *delirium*.

- Avaliação de resultados:

- Considerando que a literatura refere as quedas, UP e duração de internamento como resultados muito influenciados pelo *delirium* (NICE, 2010; RNAO, 2016; SIGN, 2019), a avaliação de resultados será feita com base na taxa de quedas, taxa de UP e diminuição do tempo de internamento.

- Tipos de estudos:

- Estudos do tipo experimental, incluindo estudos randomizados controlados, não randomizados ou outros estudos quaseexperimentais, incluindo estudos antes-após.

Após a definição dos critérios de elegibilidade dos estudos, acrescentamos ainda o facto desta RSL incluir todos os artigos escritos em português ou inglês e cujo acesso a texto integral

estivesse disponível e não implicasse pagamento. Não foi definido qualquer limite temporal para a publicação dos artigos, uma vez que procuramos estudos de evidência científica nesta matéria e com qualidade metodológica independentemente da data da sua publicação.

2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O objetivo de uma revisão sistemática é identificar todos os estudos relevantes, publicados ou não, sobre um determinado tópico. Assim, devem ser fornecidas informações claras e explícitas sobre todas as fontes de informação que serão pesquisadas e sobre as estratégias usadas para a pesquisa (Tufanaru et al., 2020).

Com o objetivo de garantir a pertinência e viabilidade do estudo, realizámos inicialmente uma pesquisa nas bases de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, verificando que a temática era passível de investigação não se encontrando nenhuma revisão sistemática ou protocolo desenvolvidos. De seguida efetuámos uma busca nas bases de dados *Public Medline (PubMed)* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, com o objetivo de identificar os termos mais utilizados na literatura no contexto do tema em revisão. Tendo em conta os dados obtidos na busca preliminar foram definidos as palavras-chave que surgiram dos *Medical Subject Headings* e dos Descritores em Ciências da Saúde e que foram as seguintes: “*Education*”, “*Nurse*”, “*Delirium*”, “*Fall*”, “*Pressure Ulcer*” e “*Length of Stay*”. Para cada uma das palavras-chave foram identificados os respetivos sinónimos.

Posteriormente realizámos para cada um dos termos uma pesquisa individualizada, seguida de conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos «OR» e «AND». A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed e Scopus, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na plataforma *Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost)* que inclui as bases de dados *CINAHL Complete*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science & Technology Abstracts* e *MedicLatina*.

Foram também realizadas pesquisas de fontes importantes de literatura cinzenta e uma pesquisa manual de revistas relevantes. Consultámos a base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e o *System for Information on Grey Literature in Europe*.

Apesar das múltiplas pesquisas realizadas no intervalo temporal da realização da presente RSL, tentando encontrar os melhores resultados para a mesma, a pesquisa final de artigos foi efetuada no dia 08 de Agosto de 2020.

Na base de dados Scopus foi realizada a pesquisa utilizando as palavras-chave descritas, os seus sinónimos e os operadores booleanos, resultando na seguinte equação de pesquisa:

((Education OR "Training Programs" OR "Program, Training" OR "Programs, Training" OR "Training Program" OR "Educational Activities" OR "Activities, Educational" OR "Activity, Educational" OR "Educational Activity" OR "Literacy Programs" OR "Literacy Program" OR "Program, Literacy" OR "Programs, Literacy" OR Learning OR Teaching) AND (Nurse OR Nursing OR "Personnel, Nursing" OR "Nursing Personnel" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse")) AND (delirium)) AND ("Accidental Falls" OR Falls OR Fall OR Falling OR "Falls, Accidental" OR "Accidental Fall" OR "Fall, Accidental" OR "Pressure Ulcer" OR "Pressure Ulcers" OR "Ulcer, Pressure" OR "Ulcers, Pressure" OR "Bedsore" OR "Bedsore" OR "Pressure Sore" OR "Pressure Sores" OR "Sore, Pressure" OR "Sores, Pressure" OR "Bed Sores" OR "Bed Sore" OR "Sore, Bed" OR "Sores, Bed" OR "Decubitus Ulcer" OR "Decubitus Ulcers" OR "Ulcer, Decubitus" OR "Ulcers, Decubitus" OR "Length of Stay" OR "Stay Length" OR "Stay Lengths" OR "Hospital Stay" OR "Hospital Stays" OR "Stay, Hospital" OR "Stays, Hospital")

Foram obtidos 479 artigos em inglês ou português e com acesso livre a texto integral. Após a leitura do título, leitura do resumo e aplicação dos critérios de inclusão, restaram 2 artigos, que foram conservados até à análise final.

Na plataforma EBSCOhost, foi realizada a pesquisa utilizando a mesma equação de pesquisa, tendo sido obtidos 69 artigos em inglês ou português e com acesso livre a texto integral. Foram excluídos 14 artigos repetidos face à base de dados anterior. Após leitura do título, resumo e aplicação dos critérios de inclusão, restaram 3 artigos, que foram conservados até última análise.

Na base de dados PubMed utilizando a mesma equação de pesquisa, foram obtidos 55 artigos em inglês ou português e com acesso livre a texto integral. Foram excluídos 28 artigos repetidos face às fontes anteriores e após a leitura do título, leitura do resumo, e aplicação dos critérios de inclusão nenhum se mostrou elegível.

Na BVS, através da mesma equação de pesquisa, obtiveram-se 121 artigos em inglês ou português e com acesso livre a texto integral. Foram excluídos 28 artigos repetidos face aos recursos anteriores e após a seleção nenhum foi incluído.

No repositório científico de acesso aberto de Portugal foi feita uma pesquisa utilizando as combinações de termos: “Formação, Enfermagem e *Delirium*” e “*Education, Nurse e Delirium*”, uma vez que nesta base de dados apenas podem ser adicionados três termos à pesquisa. Foram obtidos 12 resultados, que após análise dos títulos e resumos foram todos excluídos.

Foram obtidos 5 artigos através de pesquisas manuais ou repescagem de bibliografia de outros artigos.

Para realizar a gestão das referências encontradas foi utilizado o software EndNote X9®.

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Após a leitura completa dos artigos procedemos à avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, com o objetivo de aferir o rigor metodológico no seu desenho, condução e análise (Tufanaru et al., 2020) e averiguar se os mesmos poderiam ser incluídos na RSL.

Para se proceder à avaliação da qualidade metodológica dos artigos foram aplicados os instrumentos de recolha de dados disponibilizados pela JBI (Tufanaru et al., 2020). A escolha do instrumento foi feita tendo em conta o tipo de estudo e a metodologia utilizada pelos autores. Desta forma, para quatro estudos foi utilizado o *JBI Critical Appraisal Checklist For Cohort Studies* (JBI, 2017) e para um estudo foi utilizado o *JBI Critical Appraisal Checklist For Randomized Controlled Trials* (JBI, 2020).

A avaliação crítica foi realizada por dois revisores de forma independente e dessa avaliação resultou a inclusão na RSL de 4 artigos com qualidade metodológica (Apêndice I).

2.5. EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados completa e precisa é essencial para uma revisão sistemática de boa qualidade. A JBI afirma que nas revisões que avaliam a eficácia, cujo objetivo global é informar sobre a eficácia de uma intervenção num resultado ou resultados, a extração completa dos detalhes da intervenção é essencial para permitir a reprodutibilidade dessa mesma intervenção se considerada eficaz (Tufanaru et al., 2020).

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes e colocados em quadros para facilitar a leitura. Considerando a janela temporal existente para a realização da RSL, os autores dos estudos não foram contactados de modo a fornecer dados em falta.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tal como em todas as investigações, o valor de uma revisão sistemática depende, entre outras variáveis, de como foi feita a pesquisa, do que foi encontrado e da clareza da descrição. Neste sentido foi desenvolvida a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) com o objetivo de ajudar os autores a melhorarem o relato das revisões (Galvão et al., 2015). Na figura 1 apresentamos o processo de seleção dos artigos.

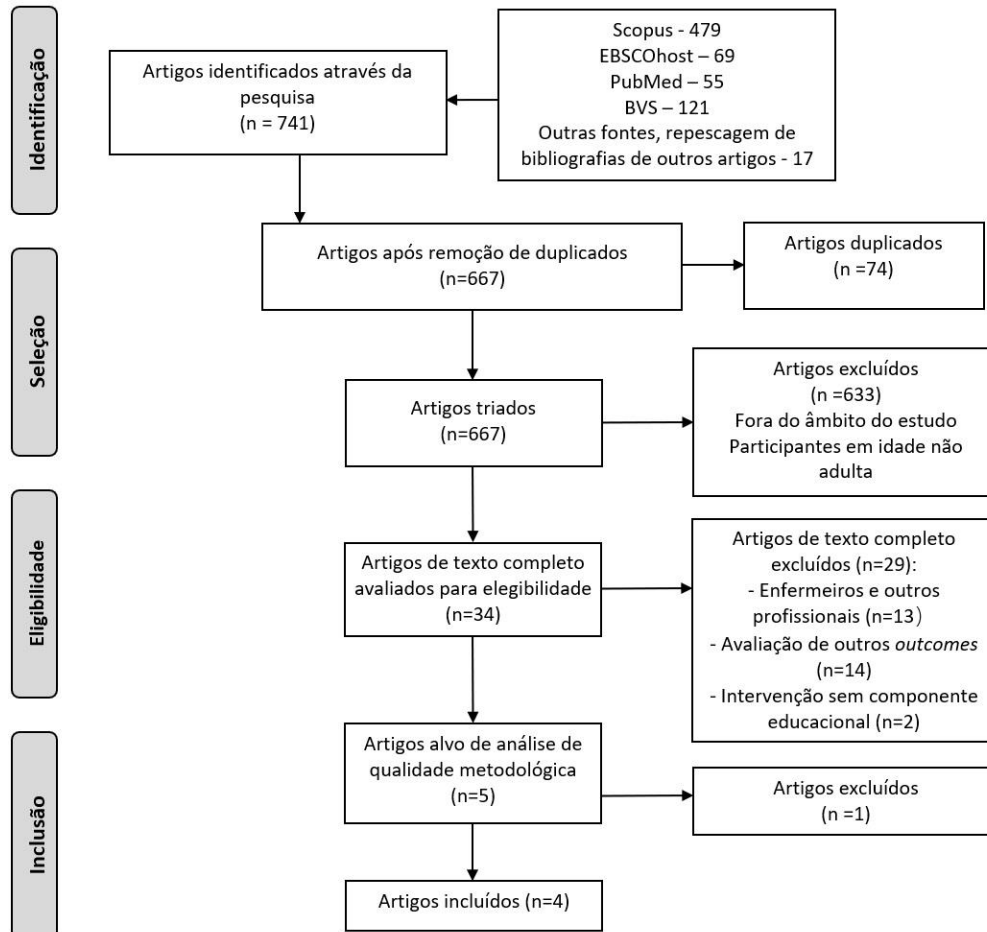


Figura 1 - Diagrama PRISMA de seleção dos estudos (Adaptado de Moher et al., 2009).

Após a realização do percurso metodológico descrito anteriormente, foram incluídos nesta revisão 4 Estudos (E):

E1 - *Management of delirium in medicine: Experience of a Close Observation Unit* de Eeles, E., Thompson, L., Mccrow, J. e Pandey, S. (2013)

E2 - *Outcomes of an innovative model of acute delirium care: The Geriatric Monitoring Unit (GMU)* de Chong, M., Chan, M., Tay, L. e Ding, Y. (2014)

E3 - *Identifying Acute Delirium on Acute Care Units* de Jones, L. e Taylor, T. (2019)

E4 - Evaluating delirium outcomes among older adults in the surgical intensive care unit de Pavone, K., Jablonski, J., Junker, P., Cacchione, P., Compton, P. e Polomano, R. (2020)

Apesar de todos os estudos serem no âmbito da formação a enfermeiros e a sua relação com os resultados dos doentes, os objetivos são distintos (Quadro 2). Ainda assim, é evidente em todos eles o propósito de evidenciar benefícios de intervenções com uma componente educacional.

Quadro 2 - Principais objetivos dos estudos analisados.

Estudo	Objetivos
E1 – Eeles et al. (2013)	Desenvolver e avaliar um novo modelo de cuidados para o tratamento de doentes com <i>delirium</i> que correm maior risco devido a alterações de comportamento.
E2 – Chong et al. (2014)	Examinar se o programa UMG, unidade especializada para o tratamento de <i>delirium</i> , melhorou os resultados em doentes delirantes.
E3 – Jones e Taylor (2019)	Identificar doentes com <i>delirium</i> agudo usando o CAM. Reduzir o número de quedas em 20% em 15 semanas de implementação do projeto. Diminuir o número de assistentes de segurança em 40%. Diminuir o tempo de permanência em 20%.
E4 – Pavone et al. (2020)	Descrever a incidência de <i>delirium</i> , tempo de internamento, taxa de readmissão a 30 dias e taxas de mortalidade experimentadas por idosos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) antes e depois de um protocolo de cuidados conduzido por enfermeiros com formação em <i>delirium</i> .

No que diz respeito à metodologia, os estudos E1, E3 e E4 são estudos observacionais de coorte retrospectivo. Por seu lado o estudo de Chong et al. (2014) é um estudo randomizado controlado em que foi utilizado o método de randomização de Zelen e também um grupo de coorte retrospectivo. O objetivo desta metodologia foi comparar os dados pré e pós implementação da Unidade de Monitorização Geriátrica (UMG), bem como analisar o grupo de controle concorrente para garantir que os efeitos relacionados com o tempo e as mudanças globais nas práticas hospitalares e de enfermagem fossem acautelados.

No que diz respeito aos participantes notámos diferenças entre os vários estudos. No estudo de Eeles et al. (2013) todos os doentes que participaram tinham estabelecido o diagnóstico de *delirium*. Os doentes do coorte pós intervenção, internados na Unidade de Observação de Proximidade (UOP), eram admitidos após um diagnóstico de *delirium* feito por enfermeiros através do CAM, acompanhado por um *score* superior a dois na Escala de agitação de Pittsburgh e/ou com alto risco de queda. Chong et al. (2014) também incluíram no seu estudo apenas doentes diagnosticados com *delirium*, mas os doentes admitidos na UMG teriam de ter mais de 65 anos. Jones e Taylor (2019) tiveram uma abordagem diferente, incluído doentes com mais de 18 anos sem diagnóstico de delirium no momento da admissão nas unidades de ortopedia eletiva e ortopedia/médico-cirúrgica. Pavone et al. (2020) incluíram doentes maiores de 65 anos, com internamento superior a 24 horas na UCIC, independentemente de terem ou não diagnóstico de *delirium* à entrada.

Alguns critérios de exclusão foram transversais aos vários estudos, sendo a presença de doença psiquiátrica ou neurológica de base o mais evidente. A definição de *delirium* remete

para uma alteração aguda e flutuante do estado mental (APA, 2013) resultante de fatores predisponentes e precipitantes (Inouye et al., 2014), pelo que parece-nos adequado excluir doentes com doença neuropsiquiátrica prévia. A necessidade de isolamento por precauções de infeção foi também critério de exclusão nos estudos E1 e E2.

Relativamente às intervenções observámos diferenças, de acordo com os objetivos dos vários estudos. No trabalho de Jones e Taylor (2019) a intervenção foi direcionada para a avaliação do *delirium* com vertentes de treino e prática acerca do CAM. No estudo de Pavone et al. (2020) foi também dado ênfase à formação acerca do CAM-ICU, mas aos doentes que apresentavam resultado positivo para *delirium* eram iniciadas medidas não farmacológicas. Em ambos os estudos os doentes foram avaliados no momento da admissão, todos os turnos e quando houve alterações na sua condição neurológica, indo de encontro às recomendações (NICE, 2010; SIGN, 2019).

Nos estudos E1 e E2 as intervenções realizadas tiveram uma abrangência mais alargada, consistindo na implementação de unidades específicas para monitorização de doentes com *delirium* (UOP e UMG). As intervenções educacionais junto dos enfermeiros foram nucleares para a implementação dessas unidades e abrangeram temas pertinentes como a aplicação de testes de avaliação cognitiva e escalas de *delirium*, abordagem não farmacológica e farmacológica do *delirium*, cuidado ao doente com *delirium*, habilidades comunicacionais com familiares (AGS, 2014; RNAO, 2016), entre outras. Em ambas as unidades eram empregues medidas multicomponentes não farmacológicas para melhorar os resultados obtidos (Marcantonio, 2017).

Em termos de comparação, em todos os estudos foi demonstrada a realização de comparações dos resultados obtidos nos vários grupos de participantes. Nos estudos E1, E3 e E4 foram comparados os resultados nos coortes antes e após a implementação das intervenções que tiveram como base a formação dos enfermeiros. No estudo E2 foi feita a comparação dos resultados entre o coorte pré-implementação, o grupo de controlo e o grupo de intervenção. Foram utilizados testes estatísticos adequados em todos os estudos, sendo que a análise e/ou auditoria dos registos eletrónicos foi a opção escolhida por todos os autores.

No que concerne aos resultados, fizemos a extração de dados de acordo com os objetivos desta revisão. O Tempo de Internamento (TI) foi um resultado principal avaliado em todos os estudos, com destaque para Pavone et al. (2020) que diferenciam o TI do TI em UCIC. A taxa de quedas foi um resultado primário avaliado nos estudos E1, E2 e E3. Ainda no que concerne à segurança do doente Chong et al. (2014) avaliaram a taxa de UP nos grupos pré-intervenção, intervenção e controlo. Alguns estudos avaliaram outros resultados, que embora

tenham interesse assinalável no campo do *delirium* e das suas consequências, estão fora do âmbito desta revisão, destacando-se a taxa de óbitos, número de dias com *delirium*, destino após a alta e número de dias submetido a ventilação mecânica.

No quadro seguinte apresentamos os dados anteriormente analisados, tendo presente a metodologia PICOD que já foi anteriormente descrita (Quadro 3).

Quadro 3 - Descrição dos dados obtidos nos estudos através da metodologia PICOD (continua)

Autores, título, publicação	Participantes	Intervenção	Comparador	Resultados/ <i>Outcomes</i>	Desenho do estudo
<p>E1</p> <p>Eeles, E., Thompson, L., Mccrow, J., & Pandy, S. (2013)</p> <p>Management of <i>delirium</i> in medicine: Experience of a Close Observation Unit</p> <p><i>Australasian Journal on Ageing</i></p>	<p>▪412 doentes admitidos num hospital Australiano. 175 admitidos com o diagnóstico de <i>delirium</i> através da Classificação Internacional de Doenças, antes da implementação da UOP; 237 admitidos após a implementação da UOP, dos quais 105 foram admitidos na unidade.</p> <p>▪<u>Critérios de admissão na UOP:</u> Doentes admitidos na UOP com base em diagnóstico de <i>delirium</i> feito por enfermeiros através da CAM, com um <i>score</i> > 2 na Escala de agitação de Pittsburgh e/ou com alto risco de queda.</p> <p>▪<u>Critérios de exclusão:</u> Doentes com diagnóstico primário de doença mental ou que necessitassem de isolamento por infeção.</p> <p>▪Os doentes tinham alta da UOP quando o risco de queda era baixo a moderado e quando tinham pontuação de zero na Escala de agitação de Pittsburgh durante 24 horas.</p>	<p>▪Conversão de uma enfermaria em UOP. A UOP é uma unidade de quatro camas em que os enfermeiros que prestam cuidados receberam formação e treino de um dia acerca da abordagem de doentes com <i>delirium</i>. Os conteúdos da formação incluíram: definições de <i>delirium</i> e demência, considerações ambientais, estilos comunicacionais e prática de modelos de cuidados.</p> <p>▪Para além da vertente educacional a implementação da UOP incluiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliações horárias de agitação e dor; - intervenções direcionadas para otimização de higiene, nutrição, mobilização e redução de estímulos; - adaptação ambiental com inclusão de relógio, lembretes de orientação e uma biografia do doente; - ambiente mais seguro com camas e cadeirões específicos para minimizar sensação de aprisionamento. 	<p>▪Aos doentes internados foram prestados cuidados na UOP por enfermeiros com formação e treino em <i>delirium</i>. Aos doentes admitidos antes da existência da UOP foram prestados os cuidados habituais, com os doentes distribuídos pela enfermaria.</p> <p>▪Foram comparados os resultados na nova unidade (UOP) com os resultados do mesmo período do ano anterior.</p> <p>▪Foi utilizada análise descritiva para avaliar a distribuição e testes <i>t-Student</i> para as variáveis em análise.</p>	<p>▪O TI foi semelhante entre a UOP (22.7±28.7 dias) e o coorte anterior (24.7±36 dias)</p> <p>▪Não houve melhoria na taxa de quedas em 2011 face a 2010.</p> <p>▪Não se registaram quedas em doentes na UOP. As quedas em doentes que estiveram na UOP ocorreram após a alta da unidade.</p>	<p>▪Estudo de coorte retrospectivo, antes-após.</p> <p>▪Julho a Novembro de 2010 e Julho a Novembro de 2011.</p>

(continuação)

<p>E2</p> <p>Chong, M., Chan, M., Tay, L., & Ding, Y. (2014)</p> <p>Outcomes of an innovative model of acute delirium care: The Geriatric Monitoring Unit (GMU)</p> <p><i>Clinical Interventions in Aging</i></p>	<p>▪320 doentes com diagnóstico de <i>delirium</i> admitidos num hospital de Singapura. 47 admitidos antes da implementação da UMG, 234 admitidos na UMG e 39 a quem foram prestados cuidados em enfermaria de cuidados gerais (grupo de controlo)</p> <p>▪<u>Critérios de admissão na UMG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade superior a 65 anos; - diagnóstico de <i>delirium</i> com a CAM na admissão ou durante o internamento. <p>▪<u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes que necessitavam de monitorização especial, gravemente doentes, em coma ou com doença terminal; - doentes não comunicativos, comportamento combativo ou com contra-indicação a terapia de luminosidade; - doentes com precauções de isolamento de contacto ou respiratório; - doentes transferidos prematuramente da UMG foram excluídos do estudo. 	<p>▪Implementação da UMG. A UMG é uma unidade de 5 camas cujos enfermeiros receberam formação e treino específicos acerca de aplicação de testes de avaliação cognitiva e escalas de <i>delirium</i>; abordagem não farmacológica e farmacológica do <i>delirium</i>; cuidado ao doente com <i>delirium</i>; habilidades comunicacionais com familiares; gestão do stresse.</p> <p>▪Para além da vertente educacional a UMG incluiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programa de incentivo a visitas familiares diárias; - protocolos para gestão de disfunção cognitiva, imobilidade, debilidade/insuficiência sensorial, desidratação; - terapia de luminosidade e protocolo de higiene do sono; - menores rácios enfermeiro/doente. <p>▪Foi criado um protocolo semiestruturado e todas as intervenções foram aplicadas por enfermeiros treinados com uma adesão de 100%.</p>	<p>▪Aos doentes internados na UMG foram prestados cuidados por enfermeiros com formação e treino em <i>delirium</i>. Aos doentes admitidos no período pré implementação da UMG e ao grupo de controlo foram prestados os cuidados gerais habituais na instituição.</p> <p>▪Comparados os resultados do programa UMG com os do grupo pré UMG e do grupo de controlo recorrendo aos dados dos registos informáticos.</p> <p>▪Utilizado teste ANOVA para comparar a distribuição dos três grupos e testes qui-quadrado para os resultados.</p>	<p>▪O grupo pré UMG teve maior TI comparativamente com o grupo da UMG e o grupo de controlo (21.9±13.8 dias, 14.9±9.0 dias e 12.5±9.1 dias respetivamente)</p> <p>▪Houve menores taxas de UP nos doentes da UMG e grupo de controlo em comparação com os doentes pré-GMU (4.1%, 1.3% e 9.1% respetivamente).</p> <p>▪Houve menor taxa de quedas nos doentes da UMG, comparativamente com os doentes pré UMG e do grupo de controlo (1.3%, 2.1% e 2.6% respetivamente).</p>	<p>▪Estudo randomizado controlado.</p> <p>▪Setembro a Outubro de 2010 e Dezembro de 2010 a Agosto de 2012.</p>
--	---	---	---	--	--

(continuação)

<p>E3</p> <p>Jones, L. & Taylor, T. (2019)</p> <p>Identifying Acute Delirium on Acute Care Units.</p> <p><i>MEDSURG Nursing</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪63 doentes admitidos numa unidade de cirurgia eletiva de ortopedia com 8 camas e 123 doentes admitidos numa unidade de ortopedia/médico-cirúrgica com 30 camas. ▪<u>Critérios de inclusão:</u> - doentes que falassem inglês, maiores de 18 anos, sem diagnóstico de <i>delirium</i>, disfunção cognitiva ou distúrbio psiquiátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Duas semanas antes da implementação do projeto foi fornecido treino sobre o uso correto de ferramentas de triagem de <i>delirium</i> durante as reuniões de equipa e sessões educacionais individuais. ▪ Os enfermeiros foram incentivados a praticar a utilização da CAM através de um módulo de simulação interativo online. ▪Durante as 15 semanas de implementação do projeto foi realizada formação individual aos enfermeiros para encorajar o uso da CAM. ▪À chegada às unidades todos os doentes eram avaliados por enfermeiros acerca da presença de fatores de risco para desenvolvimento de <i>delirium</i> e rastreados com utilização da CAM. ▪Os doentes eram avaliados todos os turnos com a CAM ou sempre que houvesse alterações na sua condição neurológica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Ao coorte pós intervenção foram prestados cuidados por enfermeiros que receberam a formação descrita. Aos doentes antes da intervenção tinham sido prestados os cuidados habituais prévios à formação. ▪Todos os registos foram efetuados eletronicamente e posteriormente auditados. ▪Utilizado o teste qui-quadrado comparando os resultados antes da intervenção (meses de Fevereiro a Maio de 2015, 2016 e 2017) com os resultados do período de intervenção (Fevereiro a Maio de 2018). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Não houve alteração significativa na taxa de quedas (17.4% em 2015, 17.4% em 2016, 34.8% em 2017 e 30.4% em 2018). ▪O TI médio na unidade eletiva de ortopedia não desceu. O TI médio da unidade médico-cirúrgica aumentou de 7.36 dias para 8.22. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Estudo de coorte observacional retrospectivo, antes-após. ▪15 semanas, de Fevereiro a Maio de 2018.
--	--	---	---	--	---

(conclusão)

<p>E4</p> <p>Pavone, K., Jablonski, J., Junker, P., Cacchione, P., Compton, P., & Polomano, R. (2020)</p> <p>Evaluating <i>delirium</i> outcomes among older adults in the surgical intensive care unit.</p> <p><i>Heart & Lung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 273 doentes admitidos numa UCIC de um hospital da região do Atlântico médio nos Estados Unidos da América. 101 incluíram o grupo pré-implementação do projeto, dos quais 64 foram diagnosticados com <i>delirium</i> com a CAM-ICU. 172 incluíram o grupo pós-implementação do projeto, dos quais 116 foram diagnosticados com <i>delirium</i>. ▪ <u>Critérios de inclusão:</u> <ul style="list-style-type: none"> - doentes com idade superior a 65 anos, que falassem inglês e com internamento superior a 24h na UCIC. ▪ <u>Critérios de exclusão:</u> <ul style="list-style-type: none"> - doentes admitidos com diagnóstico de doença neurológica ou com lesão do sistema nervoso central. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os enfermeiros foram treinados para realizar avaliação com a CAM-ICU através de um programa obrigatório de 1 hora de aprendizagem online, seguido por uma avaliação por um especialista em <i>delirium</i>. ▪ Alguns especialistas da unidade receberam formação adicional de 8 horas e participaram em sessões de grupo antes e durante o projeto. ▪ Os especialistas estavam disponíveis para fornecer orientação, bem como validação periódica das pontuações do CAM-ICU realizadas pelos outros enfermeiros. ▪ Foram desenvolvidos materiais pela liderança hospitalar que detalhavam os sinais e sintomas de <i>delirium</i>, possíveis estratégias de tratamento e informações sobre as consequências prejudiciais. ▪ Os enfermeiros avaliaram os doentes com a CAM-ICU duas vezes por dia começando na admissão. ▪ Aos doentes que tinham resultado positivo eram iniciadas pelo menos duas intervenções não farmacológicas (gestão da dor, reposicionamento, reorientação, exposição à luz solar, higiene do sono, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aos doentes do grupo anterior à intervenção tinham sido prestados os cuidados habituais. Os doentes do coorte pós intervenção receberam cuidados prestados pelos enfermeiros que tinham recebido a formação. ▪ Foram utilizados os dados dos registos informáticos para avaliar e comparar os resultados nos coortes pré e pós intervenção. ▪ Foi utilizada estatística descritiva para comparar as características da amostra antes e após a intervenção. Utilizado o modelo de regressão proporcional de Cox para avaliar os coortes pré e pós implementação como preditores do TI e TI em UCIC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doentes com <i>delirium</i> tiveram piores resultados em ambos os coortes. ▪ A presença de <i>delirium</i> mostrou forte associação à duração de TI na UCIC e duração de TI total no hospital em ambos os coortes. ▪ Antes da implementação, o tempo médio de permanência na UCIC para doentes com <i>delirium</i> foi de 7 dias em comparação com 8 dias para doentes pós implementação. ▪ Para doentes com <i>delirium</i>, o TI médio de permanência no hospital foi de 15 dias em 2017 em comparação com 17,5 dias em 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo de coorte observacional retrospectivo, antes-após. ▪ De 15 de Março a 15 de Agosto de 2017 e de 15 de Março a 15 de Agosto de 2018
--	---	---	--	--	--

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura descreve que o *delirium* está associado a um declínio dos resultados dos doentes, no que diz respeito ao TI, quedas, UP, qualidade de vida, decadência cognitiva e funcional, institucionalização, mortalidade, entre outros (Lieow et al., 2019; RNAO, 2016; SIGN, 2019; Teodorczuk et al., 2013; Yanamadala, 2013). Tendo em conta a questão de revisão formulada, procurámos sintetizar a evidência existente acerca da influência da realização de formação a enfermeiros sobre a segurança do doente e diminuição do TI.

Após análise dos quatro estudos selecionados encontrámos resultados díspares. Na base destas diferenças poderão estar as metodologias utilizadas e os tipos de estudos. Nos trabalhos de Chong et al. (2014) e de Eeles et al. (2013) os participantes eram doentes com diagnóstico de *delirium*, no estudo de Pavone et al. (2020) foram incluídos doentes com *delirium* e doentes sem *delirium*, enquanto no trabalho de Jones e Taylor (2019) apenas doentes sem o diagnóstico de *delirium*. Independentemente das intervenções utilizadas, seria expectável que doentes com *delirium* apresentassem piores resultados (RNAO, 2016; SIGN, 2019).

A taxa de quedas foi um *outcome* avaliado nos estudos E1, E2 e E3. Eeles et al. (2013) não obtiveram uma melhoria da taxa de quedas no grupo de intervenção face ao coorte pré intervenção, mas destaca-se o facto de nenhuma das quedas no grupo pós intervenção ter ocorrido na UOP. Também no trabalho de Jones e Taylor (2019) houve um decréscimo modesto na taxa de quedas. Os autores referem como possível explicação a necessidade de inclusão na formação de conteúdos mais aprofundadas acerca do impacto do *delirium* nas quedas e a utilização de simulação *role-play*. Estes resultados vão de encontro aos de Tuye et al. (2016) que num estudo em que realizaram uma intervenção educacional interprofissional, mas maioritariamente constituída por enfermeiros, obtiveram uma melhoria pouco significativa do número de quedas após a intervenção.

Por seu lado, Chong et al. (2014) no ensaio realizado conseguiram uma diminuição da taxa de quedas nos utentes que receberam cuidados na UMG comparativamente com os doentes pré UMG e com os doentes do grupo de controlo, 1.3%, 2.1% e 2.6% respetivamente. Estes dados convergem com os de Lundström et al. (2007), que realizaram um ensaio clínico randomizado com doentes do foro ortopédico, em que o grupo de intervenção era submetido a cuidados numa unidade especializada formada por enfermeiros que tinham recebido formação em *delirium*, contrastando com os cuidados habituais prestados por enfermeiros sem formação específica em *delirium*. A taxa de quedas foi manifestamente inferior no grupo de intervenção face ao grupo de controlo, 17.9% vs 34.3% respetivamente. Também Mudge et al. (2013) num estudo de cariz semelhante, mas com formação interdisciplinar,

conseguiram obter uma taxa de quedas de 11% no grupo de intervenção face a 22% no grupo de controlo.

Quanto às UP apenas Chong et al. (2014) avaliaram esse *outcome*. As UP são uma consequência negativa associada sobretudo ao subtipo de *delirium* hipoativo (Prayce et al., 2018), sendo que esse subtipo de *delirium* é mais difícil de detetar e diagnosticar (Inouye et al., 2014). O facto de as taxas de subdiagnóstico serem bastante elevadas (Luna et al., 2016) poderá levar à não inclusão de doentes com este tipo de *delirium* nos grupos de intervenção e justificar assim o número reduzido de estudos em que este resultado é encarado como uma consequência do *delirium*.

Chong et al. (2014) obtiveram menor taxa de UP no grupo de intervenção e no grupo de controlo (4.1% e 1.3%) comparativamente com o coorte pré intervenção (9.1%). Estes dados apontam no mesmo sentido de Lundström et al. (2007), que conseguiram também resultados muito satisfatórios com uma taxa de UP bastante inferior no grupo de intervenção face ao grupo de controlo. Assim, podemos inferir que os modelos específicos de abordagem de doentes com *delirium*, com base em cuidados prestados por enfermeiros com treino e formação específicos, revelam-se promissores na redução deste evento adverso.

Nos estudos E1 e E2 os participantes foram doentes com o diagnóstico de *delirium* e em ambos os trabalhos houve um decréscimo no TI médio. Eeles et al. (2013) conseguiram uma redução, que embora seja estatisticamente pouco significativa (24.7 dias vs 21.7 dias), pode vir a significar uma possibilidade de diminuição de complicações iatrogénicas associadas à permanência no hospital. Chong et al. (2014) conseguiram uma redução significativa do TI dos doentes da UMG (14.9 dias), comparativamente com o grupo prévio à implementação da UMG (21.9 dias). Desta forma, a abordagem operada na UMG por enfermeiros com formação e treino, mostra benefícios sustentados em termos de menor duração do internamento refletindo-se numa economia de custos hospitalares.

Jones e Taylor (2019), no seu trabalho cuja intervenção consistia em formar e treinar os enfermeiros acerca do uso do CAM e aplicá-lo em doentes não delirantes, alcançaram resultados pouco animadores na redução da duração do internamento. O TI médio na unidade eletiva de ortopedia não desceu e na unidade médico-cirúrgica aumentou de 7.36 dias para 8.22 dias. Os autores afirmam que, para além da formação acerca da ferramenta de triagem de *delirium*, deveria ter sido elaborado um protocolo de intervenções não farmacológicas de abordagem ao doente com *delirium* e de prevenção nos doentes em risco de desenvolver.

Por seu lado, Pavone et al. (2020) que incluíram no seu estudo doentes com *delirium* e doentes sem *delirium*, concluíram que a presença de *delirium* mostrou forte associação à

duração de TI na UCIC e duração de TI total no hospital, em ambos os coortes pré e pós intervenção. Antes da implementação da intervenção, o TI médio de permanência na UCIC para doentes com *delirium* foi de 7 dias em comparação com 8 dias para doentes pós implementação. Para doentes com *delirium*, o TI médio de permanência no hospital foi de 15 dias em 2017 em comparação com 17.5 dias em 2018. Apesar da intervenção não ter diminuído a duração do internamento para doentes com *delirium*, há que ter em conta que o subtipo de *delirium* não foi avaliado e por isso, doentes com *delirium* hipoactivo não detetado no coorte de pré implementação, podem ter tido alta prematuramente antes do tratamento completo do *delirium* (Pavone et al., 2020).

A não documentação do subtipo de *delirium* pode ajudar a analisar os dados relativos ao TI. Nos estudos em que a intervenção incluiu treino acerca do uso de escalas de avaliação (E3 e E4) a não avaliação do subtipo de *delirium* nos coortes pré intervenção pode ter levado a que alguns doentes com *delirium* hipoactivo fossem excluídos da análise. Também a questão do *delirium* persistente merece ser analisada. No estudo E3 o *delirium* não era avaliado antes da implementação da intervenção, havendo o risco de no coorte pré intervenção alguns doentes com *delirium* persistente não diagnosticado terem tido alta, comparativamente com os doentes do coorte pós implementação em que a alta pode ter sido protelada face à existência de *delirium* persistente. Mudge et al. (2013) concluíram num ensaio randomizado que os doentes do grupo de intervenção recebiam menos vezes alta da enfermaria com delírio persistente, comparativamente com os do grupo de controlo, fazendo com que a duração da permanência fosse mais longa no primeiro grupo.

Da mesma forma, no trabalho de Pavone et al. (2020) a avaliação de *delirium* no coorte pré-intervenção não era realizada por rotina, a necessidade de avaliação era apenas decidida pelo enfermeiro, fazendo com que alguns doentes com *delirium* possam ter sido excluídos. Os autores consideram ainda o reduzido tamanho da amostra como uma limitação, bem como a facto de não terem colhido informação acerca das intervenções específicas utilizadas para abordagem do *delirium*.

Eeles et al. (2013) referem como limitação para o seu estudo a utilização de dados retrospectivos, nomeadamente a nível do diagnóstico de *delirium*, dada a fraca sensibilidade e especificidade encontradas.

Chong et al. (2014) também identificaram algumas limitações no seu ensaio, nomeadamente o facto de o número de doentes no grupo de controlo ser significativamente menor do que o do grupo de intervenção, condicionado pela implementação de um protocolo específico a nível hospitalar. Este aspeto impediu a realização de análise estatística regressiva, podendo levar

à existência de diferenças não observáveis entre os grupos e consequentemente ao risco de viés.

Por seu lado, Jones e Taylor (2019) não identificaram claramente as limitações do estudo, mas acreditam que conseguiriam resultados mais robustos com um período maior para implementação do projeto.

Nos estudos E1, E3 e E4, sendo estudos de coorte retrospectivo, não foi realizada randomização dos doentes. Os dados pré intervenção tiveram como base coortes históricos, portanto terá de ser considerado o risco de viés associado à possibilidade da existência de mudanças ao longo do tempo não atribuíveis apenas à intervenção realizada, como por exemplo de índole estrutural/organizacional/funcional da instituição.

Após a análise detalhada dos estudos consideramos que os resultados devem ser encarados com precaução. Este aspeto não se constitui como uma surpresa, dada a natureza multidimensional do *delirium* e a complexidade multifatorial associada à prevenção de quedas, UP e redução do tempo de internamento. Ainda assim, os resultados foram genericamente encorajadores, destacando-se os de Eeles et al. (2013) e Chong et al. (2014). Estes dois trabalhos têm em comum a criação de unidades específicas para prestação de cuidados a doentes com o diagnóstico de *delirium*, tendo como base uma equipa de enfermagem com formação e treino adequados. Nestas unidades foram implementadas pelos enfermeiros medidas multicomponentes não farmacológicas e este facto estará com certeza associada à melhoria dos resultados.

5. CONCLUSÃO

O *delirium* é um estado subvalorizado, mas que apresenta consequências graves, pelo que é necessário existir uma abordagem estruturada aos doentes que apresentam esta condição. Torna-se crucial prevenir o seu desenvolvimento e, quando isso não for possível, atuar na minimização das suas consequências.

Com a realização desta RSL procurámos perceber qual a eficácia da formação sobre *delirium* na melhoria da segurança do doente e na diminuição do TI. A dissecação dos estudos permitiu concluir que a realização de formação sobre *delirium* é benéfica para a segurança do doente, designadamente na melhoria da taxa de quedas, taxa de UP e também na diminuição do TI. Embora os resultados não sejam homogéneos, há que analisá-los de acordo com as especificidades de cada trabalho.

Em todos os trabalhos a formação a enfermeiros serviu como elemento nuclear para a implementação de um projeto, sendo que a natureza dos projetos era distinta. Assim, as intervenções educacionais foram diferentes nos vários estudos, no conteúdo, na forma e nos objetivos. Se nalguns se procurou melhorar a triagem do *delirium*, formando os enfermeiros acerca da utilização de escalas de avaliação, noutros a formação foi mais abrangente e incluiu aspetos do cuidado ao doente com *delirium*, abordagem não farmacológica, adaptação ambiental, inclusão de familiares, entre outros.

Da elaboração desta RSL transparece a necessidade de um investimento na formação e treino dos profissionais acerca do *delirium*. Tendo em conta evidentemente a realidade de cada unidade hospitalar, consideramos que aspetos como a identificação de fatores de risco para *delirium*, a triagem de *delirium* e a abordagem não farmacológica, são temas que podem ser desenvolvidos na generalidade dos nossos hospitais. A inclusão destas temáticas nos planos anuais de formação, ou até eventualmente uma estratégia concertada a nível nacional, iriam provavelmente trazer benefícios significativos à segurança dos doentes.

Durante a elaboração desta revisão encontramos estudos com referência à inclusão dos familiares ou cuidadores nos cuidados ao doente com *delirium*, quer a nível da prevenção, quer a nível da abordagem do doente já delirante. Em futuros trabalhos desta índole, achamos que seria interessante averiguar se essa inclusão traz benefícios para a doente.

Para a elaboração deste documento encontramos algumas limitações, nomeadamente o facto de apenas um dos estudos selecionados ser um ensaio randomizado. A realização da pesquisa em apenas duas línguas pode ter limitado o número de publicações encontradas. Por último, tendo em conta a natureza académica deste trabalho, foram apenas considerados estudos que não implicassem pagamento, o que pode também ter restringido os resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelha, F., Botelho, M., Fernandes, V., Santos, A., Dias, I. & Barros, H. (2010). Evaluation of Delirium in Postoperative Patients. *Arquivos de Medicina*, 24, 121-128. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v24n4/v24n4a01.pdf>
- AGS. (2014). *Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults*. <https://www.archcare.org/sites/default/files/pdf/ags-2014-clinical-practice-guideline-for-postop-delirium-in-older-adults.pdf>
- Alvarez-Perez, F., & Paiva, F. (2017). Prevalence and Risk Factors for Delirium in Acute Stroke Patients. A Retrospective 5-Years Clinical Series. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(3), 567-573. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.11.120>
- APA. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).
- Aromataris E., & Munn Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E., & Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Cerveira, C., Pupo, C., Santos, S., & Santos, J. (2017). Delirium in the elderly: A systematic review of pharmacological and non-pharmacological treatments. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(3), 270-275. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-030009>
- Chong, M., Chan, M., Tay, L., & Ding, Y. (2014). Outcomes of an innovative model of acute delirium care: The Geriatric Monitoring Unit (GMU). *Clinical Interventions in Aging*, 9, 603-612. <https://doi.org/10.2147/cia.s60259>
- Clegg, A., Siddiqi, N., Heaven, A., Young, J., & Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub2>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República: 2ª série, Nº 28 (10/02/2015), p. 3882(2)-3882(10). <https://www.dre.pt>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Eamer, G., Clement, F., Pederson, J., Churchill, T., & Khadaroo, R. (2018). Analysis of postdischarge costs following emergent general surgery in elderly patients. *Canadian Journal of Surgery*, 61(1), 19-27. <https://doi.org/10.1503/cjs.002617>
- Eeles, E., Mccrow, J., Teodorczuk, A., & Caplan, G. (2017). Delirium care: Real-world solutions to real-world problems. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4). <https://doi.org/10.1111/ajag.12461>
- Eeles, E., Thompson, L., Mccrow, J., & Pandey, S. (2013). Management of delirium in medicine: Experience of a Close Observation Unit. *Australasian Journal on Ageing*, 32(1), 60-63. <https://doi.org/10.1111/ajag.12007>
- Faustino, T., Pedreira, L., Freitas, Y. D., Silva, R., & Amaral, J. (2016). Prevenção e monitorização do delirium no idoso: Uma intervenção educativa. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(4), 725-732. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i>
- Galvão, T., Pansani, T., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gleason, L., Schmitt, E., Kosar, C., Tabloski, P., Saczynski, J., Robinson, T.... Inouye, S. (2015). Effect of Delirium and Other Major Complications After Elective Surgery in Older Adults. *JAMA Surg*, 150(12), 1134-1140. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.2606>
- Guo, Y., & Fan, Y. (2016). A Preoperative, Nurse-Led Intervention Program Reduces Acute Postoperative Delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(4), 229-235. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000220>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Lusociência.
- Hughes, C., Patel, M., & Pandharipande, P. (2012). Pathophysiology of acute brain dysfunction. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 518-526. <https://doi.org/10.1097/mcc.0b013e328357effa>

- Inouye S., van Dyck C., Alessi C., Balkin S., Siegal A. & Horwitz R. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.*, 113, 941-48. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.477.4525&rep=rep1&type=pdf>
- Inouye, S. & Charpentier, P. (1996). Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Elderly Persons - Predictive Model and Interrelationship With Baseline Vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852-857. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530350034031>
- Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T., & Cooney, L. (1999). A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676. <https://doi.org/10.1056/nejm199903043400901>
- Inouye, S., Westendorp, R., & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1)
- JBI. (2017). *Checklist For Cohort Studies - Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Cohort_Studies2017_0.pdf
- JBI. (2020). *Checklist For Randomized Controlled Trials - Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_RCTs.pdf
- Jones, L. & Taylor, T. (2019). Identifying Acute Delirium on Acute Care Units. *MEDSURG Nursing*, 28(2), 172–187. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=414ee224-23e0-4f96-adfa-f1a6b30eeb1d%40pdc-v-sessmgr02>
- LeGrand, S. (2012). Delirium in Palliative Medicine: A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(4), 583-594. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.013>
- Leslie, D., Marcantonio, E., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. (2008). One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27-39. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2007.4>
- Lieow, J., Chen, F., Song, G., Tang, P., Kowitlawakul, Y., & Mukhopadhyay, A. (2019). Effectiveness of an advanced practice nurse-led delirium education and training programme. *International Nursing Review*, 66(4), 506–513. <https://doi.org/10.1111/inr.12519>
- Luna, A., Entringer, A., & Silva, R. (2016). Prevalência do subdiagnóstico de delirium entre pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.6238>
- Lundström, M., Olofsson, B., Stenvall, M., Karlsson, S., Nyberg, L., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., & Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(3), 178–186. <https://doi.org/10.1007/bf03324687>
- Marcantonio, E. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456-1466. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
- Mariz, J., Santos, N., Afonso, H., Rodrigues, P., Faria, A., Sousa, N., & Teixeira, J. (2013). Risk and clinical-outcome indicators of delirium in an emergency department intermediate care unit (EDIMCU): An observational prospective study. *BMC Emergency Medicine*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-227x-13-2>
- Martinez, F., Tobar, C., & Hill, N. (2014). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44(2), 196-204. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu173>
- Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *International Review of Psychiatry*, 21(1), 59-73. <https://doi.org/10.1080/09540260802675460>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mudge, A., Maussen, C., Duncan, J., & Denaro, C. (2013). Improving quality of delirium care in a general medical service with established interdisciplinary care: A controlled trial. *Internal Medicine Journal*, 43(3), 270-277. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2012.02840.x>
- NICE. (2010). *Delirium: prevention, diagnosis and management*. NICE clinical guidelines N° 103. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- NICE. (2014). *Delirium in adults*. Quality Standard N° 63. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63/resources/delirium-in-adults-pdf-2098785962437>

- Oh, E., Fong, T., Hshieh, T., & Inouye, S. (2017). Delirium in Older Persons. *Jama*, 318(12), 1161-1174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
- Pallaria, T., Panebianco, C. & Kamienski, M. (2017). Perioperative Delirium Protocol for the Older Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(3), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.08.015>
- Pavone, K., Jablonski, J., Junker, P., Cacchione, P., Compton, P., & Polomano, R. (2020). Evaluating delirium outcomes among older adults in the surgical intensive care unit. *Heart & Lung*. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.009>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- RNAO. (2016). *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*. http://mao.ca/sites/mao-ca/files/DDD_BPG.pdf
- Ryan, D., O'Regan, N., Caoimh, R., Clare, J., O'Connor, M., Leonard, M., McFarland, J., Tighe, S., O'Sullivan, K., Trzepacz, P., Meagher, D., & Timmons, S. (2013). Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*, 3(1), e001772. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001772>
- Sampaio, F. (2012). *Confusion Assessment Method: tradução e validação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9355>
- Siddiqi, N., Harrison, J., Clegg, A., Teale, E., Young, J., Taylor, J., & Simpkins, S. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005563.pub3>
- SIGN. (2019). *Risk reduction and management of delirium*. <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>
- Teodorczuk, A., Mukaetova-Ladinska, E., Corbett, S., & Welfare, M. (2013). Reconceptualizing models of delirium education: Findings of a Grounded Theory study. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 645-655. <https://doi.org/10.1017/s1041610212002074>
- Toye, C., Kitchen, S., Hill, A., Edwards, D., Sin, M., & Maher, S. (2016) Piloting staff education in Australia to reduce falls in older hospital patients experiencing delirium. *Nursing & Health Sciences*, 19, 51–58. <https://doi.org/10.1111/nhs.12300>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E., & Munn Z. (Editors). *JBIR Reviewer's Manual*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Vijayakumar, B., Elango, P., & Ganessan, R. (2014). Post-operative delirium in elderly patients. *Indian Journal of Anaesthesia*, 58(3), 251-256. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.135026>
- Weinreb, W., Johannsdottir, E., Karaman, M., & Füsgen, I. (2015). What does delirium cost? *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 49(1), 52-58. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0871-6>
- Whitlock, E., Vannucci, A. & Avidan, M. (2011). Postoperative delirium. *Minerva Anestesiol*, 77(4), 448–456. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615670/>
- Yanamadala, M., Wieland, D., & Heflin, M. T. (2013). Educational Interventions to Improve Recognition of Delirium: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1983-1993. <https://doi.org/10.1111/jgs.12522>

REFLEXÃO SINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS PARA O CUIDAR

A sociedade em que vivemos está em constante evolução científica e tecnológica. Como Enfermeiros devemos estar atentos a essa evolução e perceber em que medida ela influencia a nossa prática de cuidados. De certa forma, foi essa necessidade de atualização e de dar resposta às necessidades dos utentes, que impulsionou a frequência do MEPSC. Sendo esta área específica da enfermagem uma área em permanente desenvolvimento, é crucial que o EEEMCPSC seja um profissional proativo na busca do conhecimento.

Acreditamos que a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros refletir-se-á indubitavelmente numa melhoria das práticas diárias. Só dessa forma conseguiremos que a enfermagem caminhe cada vez mais em direção a uma prestação de cuidados com qualidade, segurança, reconhecimento social e credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde. Assim, com o aproximar do final do percurso enquanto estudante do MEPSC, sentimos que seremos sem dúvida mais um elemento a contribuir para a excelência dos cuidados prestados e para o aperfeiçoamento da resposta dada às necessidades cada vez mais exigentes dos utentes.

Consideramos que o Enfermeiro Especialista deve assumir um papel ativo perante a restante equipa de cuidados, promovendo a aprendizagem e crescimento da equipa onde se encontra a exercer funções. A evolução profissional proporcionada neste Mestrado, refletida parcialmente neste relatório, vai permitir no futuro promover a qualidade dos cuidados e influenciar positivamente os outros profissionais da equipa interdisciplinar.

A componente de investigação deste relatório permitiu um incremento assinalável a nível académico, fornecendo ferramentas extremamente úteis para o futuro, que irão certamente facilitar a incorporação da melhor evidência científica na prática diária de cuidados. Também a nível pessoal trouxe um grande crescimento, na medida em que ampliou horizontes e forneceu alicerces para um percurso profissional impulsionado pelo conhecimento científico.

No final deste percurso árduo, o balanço a realizar é bastante positivo. Os desafios encontrados foram muitos, mas sem desafios não há mudança e sem mudança não há evolução. Esta não é a etapa final na procura de uma prestação de cuidados de excelência. Há ainda um longo caminho a percorrer, com muitas barreiras para ultrapassar. Se nos movermos pela motivação e pela ânsia de saber mais para fazer melhor, certamente que conseguiremos alcançar a prosperidade.

APÊNDICES

APÊNDICE I - AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Yara Santos Date 16-09-2020
 Author Eyles, Thompson, McCrewe e Randy Year 2013 Record Number EA

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer João Santos Date 16-09-2020

Author Chang, Chan, Toy e Ding Year 2014 Record Number E2

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Yara Santos Date 16-08-2020
 Author James e Taylor Year 2019 Record Number E3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer João Santos Date 14-08-2020

Author Ravara, yablonski, yunkka, Caechina, Compton e Palomanc Year 2020 Record Number E4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)
