

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

**Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência

Mestrando: Neide Mariana Carpinteiro Mendes

Orientador: Professora Doutora Joana Sofia Dias Pereira de Sousa

Leiria, setembro de 2023

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

**Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Mestrando: Neide Mariana Carpinteiro Mendes, N.º 5210026

Orientador: Professora Doutora Joana Sofia Dias Pereira de Sousa

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2023

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram para a caminhada que está agora na reta final.

Agradeço aos meus pais e irmão pelo apoio, motivação e alento ao longo dos últimos dois anos.

Agradeço à Professora Doutora Joana Sousa pelo apoio e orientação ao longo de todo o percurso.

Aos orientados dos Ensinos Clínicos, Filomena, Luciana, Olinda e Luis pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Aos amigos, e eles sabem quem são, pela motivação, apoio e força.

A ti João, com a tua paciência e segurança, estiveste sempre presente.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAC-A - *Clinical Assesmnt Confusion - A*

CAM - *Confusion Assessment Method*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CH – Centro Hospitalar

CRS - *Confusion Rating Scale*

CVC – Cateter Venoso Central

DDS - *Delirium Detection Score*

DGS – Direção Geral de Saúde

DOS - *Delirium Observation Scale*

EC – Ensino Clínico

ECMO – *Extra-Corporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FiO₂ – Oxigénio Inspirado Fracionado

HSJ – Hospital de São José

IACS - Infecções Adquiridas na Comunidade

ICN - *International Council of Nurses*

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

MCEEMC – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

PADIS - Dor, Agitação/sedação, *Delirium*, Imobilidade e Perturbação do Sono

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio Arterial

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UQ – Unidade e Queimados

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE QUADROS	8
ÍNDICE DE TABELAS	8
RESUMO	9
INTRODUÇÃO	11
PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	18
1.3. UNIDADE DE QUEIMADOS	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	21
2.1.2. Domínio da Melhoria contínua da Qualidade	25
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	29
2.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais	32
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	34
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	34
2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação	40
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	41
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	45
3. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO / AÇÃO	46
RESUMO	46
INTRODUÇÃO	49
3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	50
3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	54

3.3. METODOLOGIA	54
3.3.1. Amostra	55
3.3.2. Instrumentos de recolha de dados e procedimentos	55
3.3.3. Análise de dados	55
3.4. RESULTADOS	56
3.5. DISCUSSÃO	59
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
CONCLUSÃO DO RELATÓRIO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Abordagem Inicial ao Doente Vítima de Trauma na Sala de Emergência	
APÊNDICE II - Abordagem Inicial ao Doente com Queimadura numa Sala de Emergência	
APÊNDICE III – Formação sobre a temática “A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência Geral”	
APÊNDICE IV - Questionário de Recolha de Dados (<i>Google Forms</i>®)	
APÊNDICE V - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação	
ANEXOS	
ANEXO I - Parecer favorável da Comissão de Ética	
ANEXO II - Autorização do Centro de Investigação e do Conselho de Administração	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Escalas de Avaliação da Confusão Aguda	57
Gráfico 2: Fatores de Risco da Confusão Aguda	57
Gráfico 3: Riscos associados à Confusão Aguda	59

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Fatores precipitantes e predisponentes da Confusão Aguda	52
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da Amostra no primeiro e segundo momentos do estudo	56
Tabela 2: Momentos para avaliação da Confusão Aguda	58
Tabela 3: Parâmetros de Avaliação da Confusão Aguda	58
Tabela 4: Conhecimento sobre quais escalas estão parametrizadas no SClínico®	59

RESUMO

O presente relatório crítico integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa Em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Constituído por duas partes, na primeira parte são descritas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e, de que forma estas foram adquiridas e desenvolvidas em diferentes contextos de ensino clínico direcionados à pessoa em situação crítica. Assente numa análise crítico-reflexiva, com base em evidência científica, são descritas atividades, aprendizagens, experiências e dificuldades vivenciadas ao longo dos vários ensinamentos clínicos, os quais foram realizados no âmbito de urgência, cuidados intensivos e unidade de queimados.

A segunda parte consiste num projeto de investigação ação elaborado num Serviço de Urgência Geral, intitulado “A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência Geral”, e o qual envolve os enfermeiros que exercem funções nesse serviço.

Este projeto permite o desenvolvimento de competências de investigação ao abordar um tema fundamental na promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à população, e onde o enfermeiro poderá ter um papel importante, apesar da pouca evidência prática e científica existente.

Palavras-Chave: Competências; Enfermeiros; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência; Confusão Aguda; Prevenção, Escala de Confusão de Neecham

ABSTRACT

The current critical report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialization field in Critical Care Nursing, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria.

Consisting of two parts, the first part describes the common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in nursing for people in critical situations, and how these were acquired and developed in different clinical teaching contexts aimed at people in critical situations. Based on a critical-reflexive analysis and scientific evidence, are described activities, learning, experiences and difficulties experienced throughout the various clinical teachings which were carried out in the context of emergency, intensive care and burns units.

The second part consists of an action research project developed in the General Emergency Service, entitled "Early Detection of Acute Confusion in Patients admitted to the General Emergency Service", and what involves nurses who work in this service.

This project allows the development of research skills by addressing a topic is fundamental in promoting the quality and safety of care provided to the population, and where nurses can have an important role, despite the little existing practical and scientific evidence.

Keywords: Skills; Nurses; Person in Critical Situation; Emergency Service; Acute Confusion; Prevention, Neecham Scale

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico com Relatório, integrada no 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

A sua realização e respetiva defesa em prova pública visam a obtenção do grau de Mestre, assim como, do título de Enfermeiro Especialista (EE) em EMC, de acordo com o parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Despacho nº 8925/2020, 2020).

“Face às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, construção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas inovadoras nas diferentes áreas profissionais, especificamente na área da saúde, é imprescindível a capacitação profissional dos enfermeiros” (Silva et al., 2018, p. 149).

O curso de especialização em EMC permitiu a aquisição de habilidades profissionais específicas, capacitando para uma intervenção fundamentada em evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa, família e comunidade. Contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento e de competências, reflexão sobre a prática, desenvolvimento do raciocínio crítico e tomada de decisão (Silva et al., 2018).

O presente trabalho está estruturado em duas partes, numa primeira é realizada uma análise crítico-reflexiva das competências do EE, adquiridas e/ou desenvolvidas em diferentes contextos de ensino clínico (EC). Esta divide-se em dois capítulos, dos quais o primeiro respeita à caracterização dos três locais de EC, que decorreram em contexto de Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e um EC opcional direcionado ao cuidado do doente crítico. O segundo capítulo engloba uma análise descritiva, reflexiva, crítica e fundamentada das atividades concretizadas e dos conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo dos EC realizados em contexto de cuidados à PSC, sustentando-se nas competências comuns e específicas do EE em Enfermagem à PSC e suportando-se em evidência científica. Na segunda parte deste trabalho é apresentado um estudo de investigação/ação intitulado “A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência”, sob a forma de artigo. Os objetivos deste trabalho são: a) verificar/analisar os conhecimentos dos enfermeiros de um Serviço de Urgência (SU) sobre confusão aguda, manifestações e deteção precoce; b) realizar uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre a deteção precoce da confusão aguda; e c) implementar estratégias de identificação precoce da confusão aguda

no doente admitido no serviço de urgência geral (SUG), que promovam a segurança do doente e dos profissionais, e a qualidade dos cuidados prestados, com ganhos para o utente, a equipa multidisciplinar e a instituição.

O EC é um momento de aprendizagem importante na formação profissional do enfermeiro que se caracteriza por um desenvolvimento do conhecimento, com recurso a métodos e estratégias dinâmicas que têm por base a observação, reflexão, debate e análise crítica (Fonseca et al., 2016).

Constitui uma etapa do processo de aprendizagem do enfermeiro e permite o desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais e emocionais, para além do aprimoramento das capacidades teóricas e práticas (Ciftci et al., 2020).

O EC é o momento em que os conhecimentos adquiridos em ambiente de sala de aula são aplicados num contexto real. São prestados cuidados diretos ao doente como ser individualizado, membro de uma família e inserido numa sociedade, com valores e características emocionais, culturais e sociais próprios. Esta experiência fortalece competências de tomada de decisão, pensamento crítico e reflexivo, resolução de problemas e aquisição de valores profissionais (Ciftci et al., 2020).

Cuidar da PSC exige do EE uma capacidade em compreender os processos de mudança decorrentes das alterações no estado de saúde/doença do indivíduo e da sua família. Neste sentido, os cuidados de enfermagem visam a promoção do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da pessoa, família e comunidade.

O contato com a PSC surge habitualmente durante períodos de transição e instabilidade, provocados por mudanças situacionais, ou no processo de saúde/doença, os quais podem causar modificações profundas na vida pessoal do indivíduo bem como nas pessoas que o rodeiam, provocando complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010). Perante isto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis é a que melhor habilita o enfermeiro para a compreensão e adaptação a uma situação crítica, pelo que, o presente relatório tem por base esta teoria como motor do pensamento, ajudando a ajustar e analisar as intervenções de enfermagem de forma a integrar todas as necessidades do cuidado à PSC.

A atribuição do título de EE pressupõe, para além das competências específicas de cada especialidade de enfermagem, um conjunto de competências que são comuns a todos os cursos de especialização, as quais envolvem diferentes domínios, nomeadamente, a responsabilidade profissional, ética e legal, a tomada de decisão, liderança, a responsabilidade na gestão de cuidados, e a promoção do desenvolvimento de investigação

relevante com base em evidência científica, que permita desenvolver e melhorar a prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

Na elaboração do presente trabalho, foram adotadas as normas de referência da sétima edição da *American Psychological Association* (APA 7th) e as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde do IPL.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC comporta um processo de aprendizagem que promove o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências técnicas, científicas e humanas, e, evidencia a importância do pensamento crítico-reflexivo como meio essencial para incrementar o desenvolvimento pessoal e profissional (Antunes et al., 2015).

Foram realizados três EC, em hospitais da região centro de Portugal, em diferentes áreas de cuidado ao doente crítico, um em contexto de SU, um numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e um terceiro, o EC opcional, decorreu numa Unidade de Queimados (UQ).

Os EC tiveram como objetivo o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, comuns e específicas, promovendo assim, uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança à PSC, sem descurar a família ou o cuidador, e compreendendo os significados das suas vivências. A sua realização promoveu o desenvolvimento do pensamento crítico, através de momentos de reflexão, proporcionou desafios, conhecimento, aprendizagens e experiências únicas que fomentaram o desenvolvimento, quer profissional, quer pessoal.

O primeiro EC decorreu em um SU polivalente entre os dias 23 de maio e 29 de julho de 2022. A escolha deste local para realização deste EC recaiu na possibilidade de proporcionar diferentes oportunidades de aprendizagem, e no facto de ser um centro de referência de trauma (Despacho nº13427/2015, 2015), uma das áreas do cuidado à PSC em que o profissional de enfermagem, em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental.

O segundo EC decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) entre os dias 13 de setembro e 25 de novembro de 2022. Segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, o SMI corresponde a uma unidade de cuidados intensivos de nível III, designada de unidade polivalente, pois possui meios de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. e é composto por equipas funcionalmente dedicadas e qualificadas (Regulamento nº 533/2014, 2014).

O último EC, opcional na área do cuidado ao doente crítico, decorreu na UQ entre os dias 28 de novembro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023. A escolha deste local de EC recaiu no facto de ser um ambiente complexo e diferente, e por representar uma oportunidade de adquirir conhecimentos na abordagem ao doente vítima de queimadura, A abordagem à pessoa em situação crítica com lesão por queimadura é exigente pois poderá ter

repercussões em diferentes sistemas do organismo, requerendo vigilância, cuidados e competências específicos, nos quais o Enfermeiro tem um papel fundamental.

O facto de realizar os EC em diferentes hospitais do país, permitiu observar diferentes realidades, partilhar experiências, desenvolver a capacidade de tomada de decisão, pensamento crítico, planificação mental de cuidados, e fomentar conhecimento teórico e prático, com vista a uma postura preventiva e de prestação de cuidados de qualidade e envoltos em segurança.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O primeiro EC possibilitou a vivência de diferentes oportunidades de cuidados, experiências e desafios, no sentido de desenvolver conhecimentos e competências.

O SU do hospital onde decorreu o EC integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho n.º 10438/2016, 2016), é considerado um serviço de urgência polivalente e também um centro de referência de trauma. Está preparado para prestar cuidados àqueles que se encontram numa situação de urgência ou emergência, e cujo estado de saúde tenha sido alterado pelas mais diversas causas. Este SU, sendo um serviço polivalente, possui variadas valências que trabalham para uma mesma finalidade, o cuidado e recuperação do doente. Entre estas valências, destacam-se a Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Gastrenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia e Vertebro-Medular. Tem instituídos protocolos de ativação e tratamento de Via Verde Coronária, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma.

O hospital onde está inserido o referido SU, está organizado de forma a assegurar a articulação necessária para proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o pré-hospitalar, com a viatura médica de emergência e reanimação (VMER), ao SU, e posterior encaminhamento para os cuidados diferenciados prestados em unidades específicas de internamento. No SU, após a inscrição nos balcões administrativos existentes à entrada do espaço, o utente aguarda a chamada para o gabinete de triagem onde é identificado o grau de prioridade com base na Triagem de Manchester. Posteriormente, e com base nos sintomas e nos fluxogramas e discriminadores do sistema de triagem, que estabelecem a prioridade, o utente é encaminhado para áreas específicas de acordo com a especialidade, é observado pelo médico e prestados os cuidados de enfermagem necessários à recuperação do seu estado de saúde. No caso do doente crítico, ou seja,

aquele “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 nº429/2018, 2018, p.19362), o que pressupõe uma descompensação severa do estado prévio de saúde, é encaminhado para uma das três salas de emergência. Uma das salas, com capacidade para monitorização e prestação de cuidados a dois doentes, simultaneamente, destina-se preferencialmente a doentes vítimas de trauma, pois possui equipamento de radiologia próprio. As outras salas de emergência, de tamanho mais reduzido, têm apenas capacidade para alocar um doente, mas da mesma forma, estão equipadas com todos os recursos necessários à monitorização, vigilância e prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico. Em frente às salas de emergência encontram-se também as salas de trabalho da equipa de enfermagem e da equipa de médicos, assim como outras salas de material ou equipamento limpo, contaminado e arrumação do mesmo. Neste mesmo espaço existem ainda cinco salas de observação (SO), com uma capacidade para quatro a seis doentes, nas quais permanecem aqueles que se apresentam estáveis, mas que necessitam de vigilância permanente e meios de monitorização avançada. Existe ainda um quarto de isolamento com capacidade para um doente que necessite de isolamento por ser portador de algum organismo multirresistente, e que na ausência deste, é frequentemente ocupado por doentes com necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva.

Um turno de trabalho é composto por vinte e quatro enfermeiros distribuídos pelas diversas áreas de acordo com as suas competências, para além do enfermeiro coordenador do turno que assume funções de gestão e também de prestação de cuidados quando necessário.

O método de trabalho de enfermagem utilizado no SU é o método de trabalho em equipa, no qual os enfermeiros estão divididos por áreas e coordenados por um líder, o coordenador do turno, permitindo a rentabilização das capacidades do grupo e o aproveitamento das habilidades individuais de cada profissional (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

Esta dinâmica promove a responsabilidade da gestão das dinâmicas de trabalho, a comunicação eficaz e a liderança no planeamento e avaliação dos cuidados prestados (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

A passagem em SU, proporcionou a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que permitiram complementar cuidados da prática profissional, bem como a reflexão, pensamento crítico e tomada de decisão mais assertiva.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI, onde decorreu o EC em contexto de cuidados intensivos, está organizado em três pisos, piso 1, piso -1, e piso -3, com doze, oito e doze camas, respetivamente. Este serviço recebe doentes em estado crítico do foro médico, cirúrgico, neurológico e trauma, porém a decisão da sua alocação nos diferentes pisos depende de algumas características. Por exemplo, doentes do foro neurológico, no sentido de antecipar alguma alteração ou agravamento do estado de saúde, são alocados no piso 1 pela proximidade ao bloco operatório e unidades de realização de meios complementares de diagnóstico como a tomografia axial computadorizada. Doentes que necessitam de isolamento por infeção respiratória, como o vírus SARS-CoV-2 são alocados no piso -1.

Trata-se de um serviço que engloba áreas diferenciadas e multidisciplinares das ciências médicas, as quais estão direcionadas para a prevenção de complicações decorrentes da situação de doença do indivíduo, diagnóstico e tratamento de condições fisiopatológicas que ameaçam uma ou mais funções vitais. Está dotado de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica que permitem o cuidado à pessoa em situação crítica. Segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, o referido SMI corresponde a uma unidade de cuidados intensivos de nível III, também designada de polivalente, pois possui meios de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. e é composta por equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem) e assistência médica qualificada com intensivista vinte e quatro horas por dia. Dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de qualidade e tem programas de ensino e treino na área específica de cuidados intensivos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003).

A área de trabalho dos profissionais de saúde está localizada estrategicamente no centro do espaço físico, numa dinâmica de *open space*, permitindo uma visão global dos doentes e respetivas monitorizações. Quanto ao método de trabalho é utilizado o método de enfermeiro responsável que consiste na distribuição de um ou dois doentes por enfermeiro, de acordo com o grau de dependência e exigência de cuidados, sendo o enfermeiro o responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe estão atribuídos. Permite uma personalização e individualização dos cuidados e uma maior satisfação do doente, pois este sabe qual é o enfermeiro que durante o turno lhe presta todos os cuidados, promovendo uma relação de confiança. Neste método de trabalho o enfermeiro é responsável por todos os cuidados, avaliando e coordenando os mesmos (Silva, 2017).

Silva (2017, p.23) refere ainda que este método de trabalho promove “uma maior satisfação profissional, fruto da individualização dos cuidados, proporcionando aumento da

responsabilidade e conseqüente capacidade de decisão, refletindo-se em planos de cuidados mais específicos”.

Em cada turno, e em cada um dos pisos, há um enfermeiro com funções de coordenação que promove as condições essenciais à prestação de cuidados por parte da equipa de enfermeiros e assistentes operacionais. Nos turnos da manhã e da tarde está também presente um enfermeiro especialista em reabilitação com o intuito de trabalhar com a pessoa nos processos corporais. É notória a preocupação destes profissionais em preservar ou recuperar as capacidades físicas, psíquicas e mentais do doente e prevenir complicações futuras, maximizando assim o potencial de recuperação de autonomia, quer restabelecendo o nível de independência prévio à situação de doença, quer promovendo a adaptação do indivíduo e/ou família à nova condição de saúde.

A família é um elemento fundamental na recuperação do doente crítico que está internado num SMI, pelo que, diariamente, existem horários específicos, com marcação prévia, em que é proporcionada a visita de familiares ou cuidadores a estes doentes. A gravidade e complexidade do estado clínico do doente exige uma variedade de saberes especializados e tecnologia que facilmente são supervalorizados em detrimento da humanização do cuidado. Perante isto, é importante promover os relacionamentos e a manutenção de laços. As famílias, quando orientadas e esclarecidas quanto ao estado clínico do seu familiar, sobre as dinâmicas e procedimentos instituídos, têm uma maior compreensão e aceitação das alterações e repercussões que se possam desencadear ao longo do período de permanência no SMI (Nascimento et al., 2007).

1.3. UNIDADE DE QUEIMADOS

O EC de Opção inicia-se com uma escolha individual face a um conjunto de unidades de cuidados ao doente crítico. A área de cuidados ao doente vítima de lesão por queimadura representou uma área de interesse profissional e pessoal que permitiu a aquisição de conhecimentos enquanto profissional de enfermagem, mas principalmente enquanto futura enfermeira especialista. O desenvolvimento de competências nesta área específica do cuidar permite a otimização dos cuidados prestados em unidades onde é realizada uma primeira abordagem ao doente vítima de lesão por queimadura, no sentido de promover a qualidade e minimização de riscos associados ao estado clínico.

A UQ, onde decorreu o EC, dispõe de dez quartos independentes entre si, com instalações sanitárias e providos de recursos para uma prestação de cuidados ao doente crítico com meios avançados de monitorização. Nesta unidade, existe uma sala de bloco operatório, uma sala de balneoterapia devidamente equipada e várias salas de apoio.

É constituída por uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, cirurgiões plásticos, anestesistas, assistentes operacionais e um secretário clínico. A entrada na UQ segue algumas normas que limitam a circulação de pessoas e bens materiais, razão atribuída ao elevado risco de desenvolvimento de infeções nestes doentes. É preconizado o uso de fardamento e calçado adequado, e de uso exclusivo na UQ, assim como técnica assética cirúrgica antes de todos os procedimentos que envolvam o contato direto com o doente. Existem diferentes entradas na UQ, uma para os doentes e outra para os profissionais de saúde. A entrada de doentes é realizada numa sala que funciona como uma barreira física, onde o doente fica desprovido dos seus bens, sendo posteriormente encaminhado para uma sala semelhante à da balneoterapia, equipada com todos os equipamentos e materiais necessários para o primeiro banho, dos quais são exemplo, equipamentos de monitorização hemodinâmica, ventilador e materiais necessários para entubação endotraqueal e sedação. É realizado um banho ao doente admitido, muitas vezes com necessidade de sedação para desbridamento mecânico das áreas lesadas, de forma a proceder a uma primeira avaliação das mesmas. São realizadas zaragatoas às áreas queimadas e outras protocoladas, de maneira a identificar potenciais microrganismos presentes. Durante este procedimento está presente uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte enfermeiros, cirurgião plástico e anestesista. A presença dos familiares é garantida pela janela existente em cada quarto com recurso a um intercomunicador. Externamente à UQ, mas no mesmo edifício, existe uma área de consulta externa que permite a continuidade de cuidados dos doentes com alta da UQ, que ainda necessitam de vigilância ou algum tipo de tratamento, e permite também a avaliação de queimaduras em doentes referenciados de entidades de saúde externas. Dispõe de uma sala de pequena cirurgia, uma sala de pensos e dois gabinetes médicos.

Em 2022, esta UQ foi certificada pela *European Burns Association* como Centro de Queimados Europeu de alto nível, cumprindo os exigentes critérios internacionais em termos de estrutura física, qualificação científica dos profissionais, recursos técnicos e qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

O doente com lesão por queimadura é considerado um doente crítico uma vez que as consequências de uma queimadura vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele (DGS, 2012). Na abordagem destes doentes é essencial a adoção de procedimentos protocolados baseados na evidência científica e em dados de estudos realizados, para que uma intervenção especializada e diferenciada permita um nível de vigilância, estabilização e excelência no cuidado.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Quando se aborda o conceito de competência, assume-se que o enfermeiro é o profissional detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, os quais mobiliza em contexto de prática clínica, de forma a prestar os cuidados adequados a uma pessoa ou grupo, atuando nos diferentes níveis de prevenção, adequando contextos e gerindo cuidados com base numa avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, partilhando um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Por sua vez, o EE em EMC na Área da Enfermagem à PSC deve possuir um conjunto de competências específicas a nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento, supervisão de cuidados, formação e investigação, as quais estão enunciadas no Regulamento n.º 429/2018 (2018).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialidade, os EE partilham um conjunto de competências denominadas comuns, transversais a todos os níveis e contextos de cuidados. As competências comuns do EE dividem-se em quatro domínios, o da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

Os EC realizados permitiram o desenvolvimento e aquisição das competências mencionadas, ao contactar com diferentes realidades e situações de prestação de cuidados, assim como pela partilha de experiências e conhecimentos com outros profissionais. De forma a apresentar uma reflexão crítica, concisa e organizada, referente a cada um dos domínios das competências anteriormente mencionadas, o presente capítulo divide-se em quatro subcapítulos que se referem a cada um dos domínios de competências.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e normas legais é fundamental no dia a dia do enfermeiro pois este é parte integrante de um conjunto de profissionais que têm um papel importante na excelência dos cuidados de saúde

prestados à população, assim como na promoção do respeito, defesa da liberdade e dignidade da pessoa (Nunes et al., 2005; OE, 2015).

Estes princípios regem a enfermagem e estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Lei n.º 156/2015, 2015), os quais têm por base a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

Os EC proporcionaram a reflexão sobre este domínio, promovendo a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas e técnicas que respeitam valores e princípios como a igualdade, liberdade, verdade e justiça, a responsabilidade, o respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do cuidado.

A intimidade e a privacidade surgem como aspetos fulcrais na prestação de cuidados ao doente. O enfermeiro é um dos profissionais que mais tempo dispõe para cuidar do doente, pelo que é aquele que muitas vezes invade o seu espaço em aspetos tão básicos como os cuidados de higiene e conforto, ou a realização de cuidados invasivos essenciais à sua recuperação. Os três contextos de EC apresentaram diferentes dificuldades na promoção e respeito pela intimidade e privacidade. No SU, o elevado fluxo de doentes, a sua permanência vários dias em observação ou a aguardar internamento, e a estrutura física do serviço, com áreas *open space*, dificultaram a salvaguarda da intimidade e privacidade do doente. Por sua vez, o SMI, apesar de ser um ambiente mais controlado, onde cada doente possui o seu espaço, apresenta algumas dificuldades na manutenção da privacidade pois são, também elas, unidades *open space*, nas quais os momentos de intimidade e a prestação de cuidados são salvaguardados por biombos. A UQ, contrariamente ao descrito anteriormente, tem quartos individualizados e devidamente equipados onde o doente está protegido, permitindo o respeito sobre estes aspetos. Todos os contextos apresentaram diferentes experiências, realidades e perspetivas, e diferentes recursos físicos. Porém, em todos eles existiu uma preocupação pelo respeito da intimidade e privacidade do indivíduo durante o cuidado.

A privacidade apresenta-se como um conceito multidimensional sem uma definição concreta e universalmente aceite, na medida em que é algo que respeita à individualidade de cada pessoa, sendo por isso variável e influenciada por situações de vida social e pessoal, e sendo muitas vezes reconhecida como um sinónimo de intimidade (Morganheira et al., 2018).

No caso particular da UQ, o respeito pela intimidade e privacidade assume um impacto considerável, pois, o doente com lesão por queimadura é aquele que de alguma forma vê a

sua imagem corporal desfigurada. Esta realidade é sustentada por Pinto et al. (2010, p.84) que referem que as “queimaduras afetam vulgarmente áreas expostas, face e mãos, que contribuem de modo significativo para a nossa imagem corporal e identidade. As imagens de pele carbonizada, cicatrizes e desfiguração são traumáticas”.

A lesão por queimadura provoca na maioria das vezes uma mudança na imagem que o próprio doente tem do seu corpo e a adaptação a esta nova realidade pode mesmo ser longa e dolorosa (Pinto et al., 2010).

Estas experiências permitiram a reflexão sobre a realidade e prática profissional no âmbito do respeito pela intimidade, o respeito pelo corpo da pessoa, que por vezes não é valorizado durante o cuidado. Um exemplo disto mesmo são os cuidados prestados no ambiente de sala de emergência no SU, na qual existem cortinas para promover a privacidade, contudo, por vezes esse cuidado é descurado, as cortinas permanecem recolhidas e o próprio diálogo entre a equipa é feito sem qualquer salvaguarda da intimidade de cada doente em particular. É imputado ênfase à doença e não ao doente, um pensamento ainda muito centrado no modelo biomédico ao invés de cuidados centrados na pessoa. Esta reflexão pode promover a mudança de algumas atitudes, nomeadamente a forma como os pares falam entre si, esquecendo-se do doente que está a ouvir assustado, a forma como a pessoa é desprovida da sua roupa e valores assim que entra numa sala de emergência, a forma como muitas vezes são prestados cuidados que invadem a intimidade sem um diálogo prévio, ou a falta de disponibilidade para perceber a razão do doente em não colaborar nos cuidados, e ouvir o que o preocupa.

Nos três EC, cada um com as suas particularidades, existiu o desafio de respeitar a dignidade do utente, evitar a exposição física e promover a privacidade dos cuidados na sua plenitude. É necessária uma adaptação contínua e individualizada, no sentido de garantir os melhores cuidados possíveis perante as contingências físicas existentes. Desde a mobilização de macas para espaços mais reservados na realização de procedimentos invasivos, à utilização de salas de tratamento desocupadas para a administração de terapêutica, são diversas as estratégias que se podem adotar no sentido de atenuar a exposição física e emocional do doente num espaço que não é considerado como seu.

O desrespeito pela privacidade pode incluir abordagens que não estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados, nomeadamente, a presença física de uma pessoa não desejável para o doente, a observação do doente por um profissional de saúde sem que este o permita, a transmissão de informação que não corresponde à realidade, ou a tomada de decisão sobre aspetos relacionados com o doente sem o seu consentimento (Morganheira et al., 2018).

O enfermeiro é o profissional que mais tempo dedica ao doente, pelo que o cuidado assume um papel importante e constrói pilares na relação terapêutica, como o respeito e a compreensão. A forma como age, como fala, a própria postura, poderá salvaguardar o respeito pela intimidade e privacidade, e assim diminuir sentimentos negativos por parte do doente. Por vezes, o dia a dia é vivido a um ritmo avassalador, havendo pouco espaço para momentos de diálogo, atenção ou compreensão e esquecendo o verdadeiro conceito do cuidar. A experiência em EC permitiu refletir sobre esta realidade, e na forma como algumas ações ditas banais, têm uma outra dimensão para aquele que é alvo de cuidados e que está numa posição de maior fragilidade.

Quando é abordado o cuidado ao doente é inevitável refletir sobre dois aspetos intrínsecos à prática diária de cuidados, o princípio da autonomia e o direito ao consentimento informado. O direito à autonomia reconhece o doente como alguém capaz de assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos, com base em informação clara e concisa sobre a sua situação de saúde. Promove uma adesão consciente aos cuidados e a promoção de uma relação de confiança entre profissional e doente (Rosa et al., 2016).

O consentimento informado surge como um dos deveres éticos e legais na prática clínica dos profissionais de saúde e consiste numa “manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida” (DGS, 2013, p.9).

Neste contexto, um dos principais desafios sentidos no decorrer dos EC refere-se às situações, muitas vezes emergentes, em que o doente não consegue manifestar a sua decisão e consentimento devido à sua situação atual de doença ou a condicionantes anteriormente existentes. Nestes momentos, o processo de tomada de decisão tem como base o consentimento presumido, “em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso” (DGS, 2013, p.6).

Ao longo dos EC surgiram algumas situações cuja decisão dos cuidados foi feita com base no consentimento presumido. Como exemplo, em contexto de SU, o momento em que um doente politraumatizado foi admitido na sala de emergência com alteração do estado de consciência e com iminente risco de vida face às consequências dos traumatismos, e ao qual foram prestados todos os cuidados necessários à estabilidade e restabelecimento do seu estado de saúde. Também as situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) em que

esta não reverte, e conseqüentemente é tomada a decisão, por parte da equipa, em suspender as manobras de suporte avançado de vida (SAV). No caso da UQ, um doente é informado da necessidade de realizar um enxerto cutâneo com o qual consente, porém durante a balneoterapia, que precede a ida ao bloco operatório (BO) para realização do procedimento, a equipa percebe que o leito da queimadura não está viável para receber um enxerto cutâneo. Perante isto, opta-se por não realizar o procedimento para o bem do doente, porém estando sedado desde que iniciou a balneoterapia, apenas posteriormente será informado do sucedido.

Nestas situações prevaleceu o princípio da beneficência e o da não maleficência, na medida em que os cuidados visam a promoção da saúde e bem-estar do doente, evitando causar dano. No entanto, assim que possível deve “ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir.” (DGS, 2013, p.6)

2.1.2. Domínio da Melhoria contínua da Qualidade

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos de forma a acompanhar o desenvolvimento da investigação na área da saúde, sustentando o conhecimento na mais recente evidência científica, associado às necessidades cada vez mais exigentes da população.

Assente nesta evolução, têm surgido projetos de melhoria contínua da qualidade na área da saúde que visam a promoção da qualidade dos cuidados prestados, respondendo às necessidades da população e à readaptação a um processo de saúde-doença (Adami, 2000).

A necessidade dos enfermeiros em produzir saberes específicos remonta às teorias de enfermagem que dão ênfase à sistematização do cuidar em enfermagem, baseada na organização das informações e dados do doente, na análise e interpretação desses dados, no cuidar e na avaliação dos resultados. Surge a necessidade da criação de um método científico, específico e sistematizado, no qual o enfermeiro se baseia para desenvolver o processo de enfermagem (Amante et al., 2009).

A aquisição de competências a nível da melhoria contínua da qualidade é um dos domínios enunciados pelo regulamento das competências comuns do EE (Regulamento nº140/2019, 2019), no qual o enfermeiro tem um papel dinamizador e fundamental em iniciativas institucionais, gerindo e participando em projetos de melhoria contínua que promovam a excelência dos cuidados e a segurança do doente.

O percurso realizado nos diferentes EC permitiu a análise e reflexão sobre protocolos, normas e instruções de trabalho existentes, com conseqüente reflexão sobre a prática diária. Protocolos de controlo da dor, controlo da glicémia capilar, prevenção e tratamento de úlceras por pressão, cuidados com o doente ventilado, abordagem ao doente queimado, drenagem torácica, cuidados ao doente submetido a entubação endotraqueal, ou transporte do doente crítico são exemplos de procedimentos, sustentados em evidência científica, que permitem uma uniformização dos cuidados com vista à excelência e segurança dos mesmos.

Com o objetivo de uma constante atualização e aquisição de conhecimentos, com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e à uniformização das práticas à luz da evidência científica, a equipa de enfermagem, em cada um dos contextos de EC, está organizada em diferentes grupos de trabalho, nos quais cada profissional assume o compromisso da operacionalização dos documentos em contexto da prática profissional, implementando procedimentos e protocolos, e formando a restante equipa.

A formação é um processo contínuo que acompanha o indivíduo ao longo da sua vida profissional. Permite o acompanhamento do progresso tecnológico e científico e a aquisição de conhecimentos e aprimoramento de competências. A formação em serviço, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos de trabalho (Relvas, 2018).

Quando é abordada a temática da melhoria contínua dos cuidados, é inevitável abordar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012), que constituem um instrumento com potencial para promover a melhoria contínua da qualidade. A prevenção de complicações é um dos enunciados dos padrões de qualidade que espelham a excelência do cuidado, pois a evidência científica aliada à experiência profissional permitem conhecer o doente crítico como um todo, direcionando os cuidados numa perspetiva antecipatória e preventiva no que respeita a complicações.

Conforme é descrito no Regulamento n.º 361/2015 (2015, p. 17242), na “excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. O enfermeiro identifica rapidamente potenciais alterações ou problemas, implementado e avaliando intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis.

Por sua vez, a promoção da saúde visa a promoção do potencial de saúde do doente que vivencia um processo complexo de doença crítica. O enfermeiro tem um lugar de destaque neste aspeto pois é o elemento que mais tempo dedica ao doente, o que facilita a transmissão de informações geradoras de aprendizagens cognitivas e de novas capacidades, promovendo o potencial do doente que vive um processo de doença (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

No presente domínio de competências, uma orientação basilar na atuação dos profissionais de saúde é o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (Despacho n.º 9390/2021, 2021) que visa melhorar a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade.

Segundo o PNSD (Despacho n.º 9390/2021, 2021) um dos pilares consiste na importância que o contexto e as condições em que se prestam cuidados têm na qualidade e segurança dos mesmos. É essencial o desenvolvimento de conhecimentos na promoção de um ambiente seguro, utilizando para tal estratégias de prevenção de incidentes e controlo do risco.

A ocorrência de incidentes ou erros durante a prestação de cuidados de saúde continua a ser uma realidade que deve preocupar ativamente gestores e enfermeiros especialistas, na mobilização de estratégias que reduzam a existências dos mesmos. A promoção da segurança do doente requer uma abordagem contínua e promotora da cultura de segurança.

Kane-Gill et al. (2017) afirmam que o doente crítico tem um maior risco de desenvolver eventos adversos ou erros relacionados com a medicação, uma vez que lhe são administrados uma maior quantidade e variedade de fármacos. Perante isto, a organização e o método de trabalho é crucial neste tipo de ambiente de prestação de cuidados.

A identificação inequívoca do doente corresponde a uma ação que permite a prevenção de incidentes relacionados com a sua segurança. A identidade do doente deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento ou o número do processo clínico na instituição. É prática segura a confirmação de, pelo menos, dois destes dados, e deve realizar-se antes de qualquer abordagem ou intervenção (DGS, 2011).

Em contexto de SU, pelo elevado número de doentes e de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, há uma maior probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes, sendo primordial a sua confirmação. Por sua vez, o SMI e a UQ, apesar de ambientes controlados nos quais cada doente tem o seu

espaço, esta confirmação continua a ser importante, pois apesar de menor, a possibilidade de ocorrer o erro continua presente.

No PNSD, o quinto pilar enuncia a necessidade de promover a “utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à (...) identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 187). Existem equipamentos que promovem a segurança em procedimentos direcionados ao doente, nomeadamente a *Pyxis®*, que num contexto de SU permite o fornecimento de terapêutica e a diminuição do erro, na medida em que pode ser selecionado o nome do doente e assim, apenas há acesso à medicação prescrita para esse doente, ou então é selecionado o medicamento pretendido e é aberta uma gaveta, devidamente identificada com aquilo que foi escolhido.

O sistema de segurança transfusional, o *Gricode®* é uma ferramenta prática que diminui o erro na administração de hemoderivados, pois a leitura de códigos na pulseira que identifica o doente e nas unidades de hemoderivados têm de ser iguais para que possa ser validada a administração das mesmas.

Algumas instituições adotaram sistemas de etiquetagem de medicação segundo cores, que estão uniformizadas a nível internacional. Esta etiquetagem diminui o erro num ambiente em que é comum a perfusão simultânea de vários tipos de medicação. Permite distinguir e identificar rapidamente medicação comum de ser administrada em contextos de emergência, pois cada terapêutica possui uma cor específica.

Relativamente à segurança na comunicação, este é um aspeto crucial na continuidade de cuidados. As passagens de turno e as transferências intra ou inter-hospitalares são exemplos de momentos em que deve ser dada relevância à passagem de informação importante do doente, de modo a promover a continuidade dos cuidados. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente que aumenta a qualidade da prestação de cuidados e diminui a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, com repercussões diretas na segurança (DGS, 2017).

Na norma n.º 001/2017 emanada pela DGS (2017) é preconizada uma transmissão de informação entre os profissionais de saúde com base na técnica *ISBAR*, cujas iniciais correspondem a diferentes parâmetros que permitem uma partilha de informação organizada e sistematizada. Os parâmetros definidos pela técnica *ISBAR* são: *Identify* ou identificação, *Situation* ou situação atual, *Background* ou antecedentes, *Assessment* ou avaliação e *Recommendation* ou recomendações.

O contexto e as condições em que se prestam cuidados condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, com direta repercussão nos resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança.

2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

O enfermeiro especialista adquire competências quer na gestão dos cuidados, quer na adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e contextos, proporcionando a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento 140/2019, 2019).

A competência no domínio da gestão de cuidados em enfermagem deve ser desenvolvida e aprimorada durante o processo de formação, conciliando o conhecimento teórico e a prática (Mororó et al., 2017).

O enfermeiro, na sua prática diária, atua em duas dimensões, a assistencial e a de gestão. A nível assistencial, o foco é o cuidado de enfermagem ao doente, por sua vez, a nível da gestão, são articuladas atividades de organização do trabalho e de recursos, com a finalidade de criar e implementar as condições necessárias ao cuidado, mas também ao desempenho dos profissionais (Metelski et al., 2020).

O enfermeiro com competências na área da gestão tem um papel fundamental na articulação entre os vários profissionais da equipa na resolução de problemas que possam ocorrer, quer relacionadas com o doente crítico, quer com a própria equipa e com possíveis repercussões no desempenho de funções. É capaz de desempenhar ações com base em conhecimentos técnico-científicos sem desconsiderar a imprevisibilidade das interações humanas.

Existe uma ligação entre os aspetos assistencial e de gestão. Silva et al. (2021) e Mendes et al. (2022) referem que o cuidado é o alvo do processo do trabalho em enfermagem, e deste modo, as atividades a nível de gestão são ferramentas do processo do cuidar que têm como finalidade a manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem.

Ao longo dos EC foi notória a interligação entre a atividade assistencial e de gestão. Se por um lado, o foco dos cuidados é o doente, por outro lado, tem de haver uma gestão desses cuidados face ao próprio doente, à situação no momento e a toda a dinâmica no serviço.

Segundo Mororó et al. (2017), a gestão engloba todo um processo que envolve o planeamento e organização dos cuidados atendendo ao contexto e situação específica. Uma correta gestão de cuidados prioriza as necessidades individuais de cada doente nos diferentes momentos da sua vida e da sua situação de saúde/doença, com a finalidade de

alcançar o bem-estar, segurança e autonomia, atendendo à dimensão individual, familiar e organizacional.

Ao longo dos EC, surgiram diferentes realidades, onde a capacidade de gestão e adaptação de recursos por parte da equipa de enfermagem foi essencial. No EC em SU, por exemplo, a admissão de doentes é imprevisível, e em contexto de sala de emergência surge uma necessidade maior de desenvolver competências de gestão e tomada de decisão, quer a nível da prestação de cuidados, quer a nível da gestão de prioridades, e gestão entre profissionais, de acordo com cada situação específica de saúde/doença. Num contexto diferente, surge o SMI onde a pessoa doente está rodeada de meios de vigilância e monitorização invasiva e contínua, sendo fundamental a capacidade de avaliar o doente no seu todo, gerindo os cuidados face às necessidades, ou gerindo uma atitude de prevenção de possíveis situações de agravamento ou descompensação. Contrariamente ao SU, é um contexto onde a admissão de doentes é controlada, porém a evolução favorável do estado de saúde pode mudar a qualquer momento. Num ambiente mais específico, na UQ existe uma capacidade de gestão eficaz por parte da equipa, tendo em consideração as especificidades da unidade. Num serviço onde funciona uma sala de BO e uma sala de balneoterapia, é necessário fazer uma gestão de todos os cuidados e recursos de acordo com o agendamento prévio destes cuidados, e não apenas centrar-se num único doente. É necessário gerir quem vai primeiro à balneoterapia, quem vai primeiro ao BO, e muitas vezes o delineado inicialmente é alterado por diversas razões, das quais são exemplo, a instabilidade de determinado doente, ou por decisão da equipa médica.

Esta articulação entre os vários profissionais da equipa é referida por Mendes et al. (2022) como um fator fundamental na gestão de cuidados pois, além de organizar os cuidados e promover estratégias de melhoria na prestação dos mesmos, permite atuar no sentido de satisfazer as necessidades dos doentes.

Para adquirir competências a nível da gestão, é fundamental conhecer as diferentes equipas que prestam cuidados, assim como os recursos físicos e materiais existentes. A capacidade de liderança, de comunicação, de tomada de decisão, gestão de conflitos, e negociação, a capacidade de gerir problemas e planear soluções, e o sentido de autonomia, são aspetos essenciais ao enfermeiro gestor. Porém, apesar destas características fundamentadas em evidência científica, é necessário a sua prática, sendo a experiência profissional uma mais valia no desenvolvimento das mesmas.

Mendes et al. (2022, p.3) *as cited* in Giroti et al. (2008) suportam esta afirmação ao referir que a “gestão em enfermagem requer do profissional competências de liderança, coordenação e direção, tais capacidades fazem com que os profissionais busquem maior

conhecimento, possibilitando responder às demandas profissionais, organizacionais e pessoais”.

O enfermeiro gestor é aquele que planeia, organiza e lidera. É aquele que desenha antecipadamente o que precisa ser feito, planeia como o fazer e motiva os profissionais que com ele trabalham, com base na comunicação e espírito crítico, e ainda avalia os resultados. Esta afirmação é sustentada por Barros et al. (2021) *as cited* in Mattos & Balsanelli, (2020), que referem que o enfermeiro gestor assume o exercício da liderança, transformando o seu trabalho e o da restante equipa, pois propicia a melhoria da dinâmica organizacional, tornando o ambiente mais atrativo e motivando a equipa.

Nos diferentes contextos de EC, para além do enfermeiro gestor de cada um dos serviços, em cada turno, um EE em EMC desempenha funções de coordenador funcional do turno (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Além de promover a gestão de recursos, este profissional, presente junto da restante equipa que presta cuidados, motiva a equipa, e assume uma postura de liderança e capacitação para a resolução de problemas por parte desta.

De uma forma transversal, o enfermeiro gestor do serviço e o enfermeiro com funções de coordenador funcional do turno, nos diferentes EC, são EE em EMC, conforme descrito nos Pareceres n.º 20/2015 (2015) e n.º 15/2018 (2018) da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) da OE, assumindo as funções de chefia e coordenação, respetivamente.

No domínio da gestão de cuidados importa realçar as dotações seguras nos cuidados de saúde. No caso particular dos contextos em que foram realizados os EC, existem orientações relativamente às dotações de forma a garantir índices de segurança e de qualidade dos cuidados prestados com base na adequação de recursos humanos face às necessidades de cuidados de saúde para determinada população. O cálculo das dotações seguras é realizado com base no número de horas de cuidados por doente e por dia, ou segundo tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sem descuidar as competências profissionais e a arquitetura da instituição (Regulamento nº743/2019, 2019).

No caso específico do SU, o cálculo das dotações seguras é realizado com base no número de postos de trabalho, aliado a uma ponderação dos elementos casuísticos do serviço, como fluxos de doentes ao longo do dia, da semana e do mês. Não é um cálculo fidedigno devido às características e imprevisibilidade do serviço. No SMI, neste contexto de EC, um SMI de nível III (Regulamento nº743/2019, 2019), as dotações seguras baseiam-se no rácio de um enfermeiro para um doente. A realidade distanciou-se um pouco do que é

preconizado devido a aspetos como a lotação do serviço, situações de PCR ou pela necessidade de manutenção de um provável dador de órgãos encaminhado do SU, cujos cuidados implicam um maior número de profissionais para um mesmo doente, ou pela importância de mobilizar profissionais para realização de formação.

As UQ apesar de não possuírem um cálculo específico para a dotação segura enfermeiro/doente, pode considerar-se que a dotação a adotar é a preconizada para os SMI pois são unidades que possuem meios de monitorização e vigilância avançados, exigem a presença de um anestesista e cirurgião plástico permanente, equipas de enfermagem dotadas de competências para prestar cuidados ao doente crítico que muitas vezes está sob VMI e meios de monitorização invasiva.

A gestão em enfermagem implica minimizar riscos e maximizar benefícios tanto para o profissional como para a equipa, instituição e doente/família. Esta competência, para que se torne eficaz, tem de ser trabalhada e desenvolvida durante o processo de formação do enfermeiro através da aproximação entre o conhecimento teórico e a prática profissional (Mororó et al., 2017).

As competências no domínio da gestão de cuidados implicam uma visão holística do doente, no sentido de olhar para os problemas atuais e antever situações de agravamento, de modo a atuar precocemente na minimização dos mesmos.

2.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

O EE desenvolve a capacidade de autoconhecimento ao reconhecer quais os fatores internos e externos que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais, em contexto individual, profissional e organizacional. Sustenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento suportado por evidência científica, desenvolvendo processos de aprendizagem e fomenta a investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A realização dos EC em serviços diferenciados revelou-se como um grande desafio no que respeita à aquisição de competências no domínio das aprendizagens profissionais. Possibilitou a desmistificação de suposições e receios e a aquisição de competências em áreas específicas do cuidar ao doente crítico, potenciando novas aprendizagens.

O EC proporcionou o desenvolvimento de uma aprendizagem pessoal aliada a uma aprendizagem profissional. Por exemplo, no SMI, os doentes que iniciam o desmame da sedação, e que mesmo sob VMI, comunicam e colaboram nos cuidados, parece uma situação improvável, porém ocorre com frequência e corresponde a um processo normal de recuperação e potencialização do autocuidado. Por sua vez, na UQ, é notável a facilidade

com que o doente é sedado e ventilado para lhe serem prestados cuidados, sem que sinta dor, ou para realizar algum tipo de cuidado invasivo.

No decorrer do EC em SU e UQ foi desenvolvido um poster direcionado às temáticas da abordagem inicial ao doente vítima de trauma na sala de emergência (APÊNDICE I) e a abordagem inicial ao doente com queimadura na sala de emergência (APÊNDICE II), respetivamente. Sustentada em evidência científica e na experiência profissional dos enfermeiros, estes trabalhos são uma ferramenta promotora de cuidados de qualidade, que permitem uma primeira abordagem eficaz e eficiente, essencial à minimização de morbilidades, e os quais poderão ser adaptados ao contexto profissional.

Araújo et al. (2015) defendem a necessidade da enfermagem, enquanto ciência e profissão, suportar os seus conhecimentos em evidência científica, que permita uma maior visibilidade, reconhecimento e consolidação da profissão, com excelência nos cuidados prestados. Esta busca pelo saber proporciona a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de uma visão crítica.

Ainda neste domínio de competências, importa abordar a tomada de decisão, essencial para a prática, gestão e aquisição de conhecimentos, determinando responsabilidade e autonomia nas decisões que são tomadas. O crescente desenvolvimento da área da saúde, com avanços científicos e tecnológicos, o aumento da exigência dos cuidados e a crescente necessidade de cuidados por parte da população, torna a tomada de decisão um processo complexo (Lourenço et al, 2022).

Neves (2012) reforça que tomar decisões complexas de forma autónoma, enriquece o valor da profissão de enfermagem, uma vez que a autonomia só é possível alcançar quando é exequível decidir e ter responsabilidade pelas decisões que são tomadas, assim como pelas consequências e resultados obtidos.

A tomada de decisão é essencial para a prática profissional, para a gestão e educação, assume-se como uma decisão responsável e autónoma que é considerada entre várias opções existentes, no sentido de optar pelo que é mais seguro, e proporcionar qualidade nos cuidados ao doente, com base na evidência científica e experiência profissional (Lourenço et al.,2022).

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

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais

em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Neste subcapítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas em EC, tendo como referência as Competências Específicas do EE em EMC na área da Enfermagem à PSC, definidas pela OE (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

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

O processo de doença crítica e/ou falência orgânica vivenciado pela pessoa e pela sua família, é descrito como um período em que a 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 n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Deste modo,

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Estes cuidados desenvolvem-se em contextos complexos, a um ritmo acelerado e em constante mudança, pelo que se torna um desafio prestar cuidados de enfermagem de qualidade e com ganhos em saúde para o doente (Sutton & Jarden, 2016).

Os EC representaram uma oportunidade para o desenvolvimento de novos conhecimentos, numa imensidão de possíveis situações onde o foco foi o cuidado de enfermagem ao doente crítico. Essencial para esta aquisição de conhecimentos foi a partilha de experiências e saberes, permitindo adquirir competências a nível de uma atuação eficaz, com identificação precoce de situações de instabilidade e conseqüente atuação antecipada, no sentido de prevenir complicações, promovendo cuidados direcionados e de qualidade ao doente crítico.

Benner (2001) refere que muitas vezes são os profissionais de enfermagem que identificam os sinais de agravamento ou deterioração do estado de saúde, tomando medidas de atuação antecipada. Reforça que “as enfermeiras peritas possuem um leque de experiências que lhe permitem estabelecer ordem no meio do caos” (Benner, 2001, p. 140).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na vigilância do doente e na deteção precoce de possíveis problemas (Benner, 2001).

Paralelamente a qualquer intervenção no sentido de estabilizar o doente crítico, surgem dois alicerces fundamentais à otimização do cuidado: o estabelecimento de uma relação enfermeiro/doente e a promoção da presença da família ou de alguém próximo do doente. Explorar aspetos como as características espirituais, sociais e psicológicas do doente, o seu dia a dia, perceber o que o preocupa, o que precisa naquele momento e o que pode ser feito nesse sentido, são aspetos que facilitam o estabelecimento de uma relação de confiança.

Pupulim & Sawada (2002) defendem a importância de transmitir apoio e segurança, fomentar atitudes de respeito pela individualidade da pessoa. Aspetos como a humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade são fundamentais ao estabelecimento de uma relação terapêutica e consequente diminuição do stress associado ao internamento e à situação de doença.

Independentemente do contexto onde se prestam cuidados, num SU, num SMI ou no caso particular, numa UQ, a situação aguda de doença é uma experiência traumática e até difícil de superar, pelo que a presença da família e/ou daqueles que são próximos do doente, é fundamental na aceitação da mudança do seu estado de saúde, na motivação à recuperação e na adaptação a uma nova realidade.

A transição de saúde/doença está associada à ideia de finitude e de limitação, e tem impacto na vida pessoal, familiar e/ou social. O enfermeiro deve considerar a família no seu todo, mas de forma particular cada um dos seus membros e o modo como a situação os afeta individualmente. A construção de uma relação com a família é o ponto de partida para conquistar a confiança e respeito. (Mendes, 2018).

A família é um parceiro nos cuidados, conhece o doente no seu todo, as suas particularidades e necessidades. Porém, a equipa de enfermagem deve perceber o quão significativos e próximos são os familiares, como convivem no seu dia-a-dia. Importa considerar a particularidade do todo, mas essencialmente a particularidade de cada um dos elementos que compõe a família (Mendes, 2020).

A comunicação é um aspeto fundamental e, muitas vezes, descuidada durante a prestação de cuidados. Uma situação de doença crítica é um momento com um grande peso emocional para o doente e seus familiares, pelo que a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica podem ser pilares importantes na recuperação e até participação nos cuidados. Holden (2017) reforça que os cuidados devem ser direcionados, procurando

comunicar eficazmente, para que a pessoa perceba os cuidados que lhe vão ser prestados, proporcionando menos ansiedade e medo da morte.

Um dos vários aspetos relacionados com o doente crítico e que exige conhecimentos específicos por parte do enfermeiro é a VMI. O EC em cuidados intensivos permitiu desmistificar ideias pré-concebidas, nomeadamente a ideia errada de que um doente sob VMI está sedado, sem qualquer relação com o mundo que o envolve. Numa fase de desmame da sedação, o doente começa a despertar, compreende, colabora em alguns cuidados, realiza levante para um cadeirão e colabora na transferência.

A VMI possibilita a manutenção da via aérea do doente, promovendo uma ventilação adequada e diminuindo o esforço. Amato et al. (2015) referem-se à VMI como sendo eficaz em situações de insuficiência respiratória aguda. É uma das modalidades mais utilizadas em contexto de cuidados intensivos e promove uma oxigenação adequada. Permite o controlo da hipoxemia, tratamento de alterações graves do balanço hidroelectrolítico, e é fundamental quando se evidenciam sinais de fadiga muscular respiratória, pois diminui o consumo de oxigénio e reduz o desconforto respiratório.

No que respeita à sedação, os EC proporcionaram duas realidades diferentes, aquela em que o doente está sedado para manter uma boa adaptação à VMI, e possibilitar o seu tratamento, e aquela em que o doente é sedado para alívio da dor em procedimentos invasivos, dos quais são exemplo a balneoterapia.

A Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* (RASS) é o instrumento utilizado na avaliação do nível de sedação/agitação, permitindo adaptar a administração de sedativos de forma a promover a qualidade deste processo sem riscos para o doente. A monitorização desta escala consiste, em grande parte, na observação do doente, determinando um resultado que pode variar de -5 (incapaz de ser despertado) a +4 (agressivo). O nível de sedação de um doente pode ser classificado como ligeiro, moderado e profundo.

Morais et al. (2021, p.10) referem que a “utilização de sedação profunda prolongada tem vindo a ser associada a diversas complicações, tais como *delirium* e tempos de ventilação mais prolongados, assim como sintomas associados a stress pós-traumático e memórias mais perturbadoras da sua permanência no internamento”. Os mesmos autores advertem que a “sedação ligeira, pode acarretar vários riscos, nomeadamente extubação, queda, ou remoção de outros dispositivos terapêuticos adjuvantes ao tratamento” (Morais et al., 2021, p.10).

Em 2018, a *Society of Critical Care Medicine* divulgou um conjunto de diretrizes, nas quais recomendam a prática clínica ideal no que respeita à prevenção e tratamento da dor,

agitação/sedação, *delirium*, imobilidade e perturbação do sono em doentes internados em cuidados intensivos. Designadas de *PADIS*, constituem as *guidelines*, adotadas a nível mundial, que orientam a prática clínica perante um doente sob VMI.

Com base nestas *guidelines*, os conhecimentos sobre sedação do doente sob VMI têm evoluído no sentido de práticas que têm por base uma sedação ligeira, que permita que o doente esteja acordado, consciente e interativo, sempre que a sua condição de saúde/doença o permita, e caso não haja contraindicações. As *guidelines* incorporam os cinco parâmetros anteriormente mencionados por estarem relacionados entre si, pelo que a norma deve ser considerada na sua totalidade.

O período após a suspensão da VMI constitui uma etapa marcante na situação de saúde/doença do indivíduo, pois este desperta num ambiente despersonalizado, diferente e altamente tecnológico.

Na perspetiva de Meleis (2010), a forma como o doente reage e, posteriormente se adapta às mudanças, é um processo singular e complexo que não depende apenas da sua individualidade, mas também da sua família e das características do meio em que se encontra.

Cuidar de doentes neste contexto constituiu um desafio pessoal e profissional, na medida em que são imprescindíveis competências teóricas, técnicas, comunicacionais e psicossociais. Estes doentes falam, sentem, estão confusos perante o ambiente que os rodeia. Para além do desafio de equilibrar o desmame da sedação para que não se desencadeie um estado de agitação ou *delirium*, ou mesmo dor, urge a competência de saber comunicar com o doente, explicar o que se passa, onde está, qual o plano futuro, e posteriormente, conquistar a sua confiança e colaboração nos cuidados.

Ao abordar a avaliação pela RASS, torna-se importante mencionar outro tema, o *delirium*. Se o RASS for superior a -4 (-3 até +4), deve proceder-se à avaliação do *delirium*. A *Confusion Assessment Method* (CAM) é um formulário para diagnóstico do *delirium*, de fácil aplicação, que usa métodos não verbais e que avalia o início (agudo ou não) e o curso (flutuante ou não), falta de atenção, pensamento desorganizado e alterações a nível da consciência (Faustino, 2014).

É uma escala de fácil e rápida avaliação e utilização, adequada para um serviço de cuidados intensivos, porém o recurso à mesma é muitas vezes desvalorizado e inexistente, o que remete para a importância de sensibilizar e formar as equipas relativamente a ferramentas que podem ser utilizadas na prática, e que influenciam a qualidade dos cuidados e a dignificação da profissão.

A dor é uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem, é uma experiência subjetiva de sofrimento, com impacto nas várias dimensões do bem-estar do doente. Está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, com impacto no seu estado geral, tornando-se essencial a sua avaliação, monitorização e tratamento (Teixeira & Durão, 2016).

A gestão da dor no doente sedado engloba um conjunto de intervenções que visam a avaliação, monitorização e tratamento da mesma, mediante a utilização de escalas e indicadores de monitorização passíveis de identificar a sua intensidade e permitir avaliar a eficácia das intervenções instituídas. Entre estes indicadores salientam-se os movimentos corporais, alteração no diâmetro pupilar, assincronia do ventilador, vocalizações e expressão facial (Morais et al., 2021).

No doente sob VMI a dor é avaliada com base em escalas comportamentais, como por exemplo a *Behavioral Pain Scale* (BPS), que permite a avaliação da dor através da observação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da ventilação mecânica. O controlo da dor é essencial no sucesso do tratamento e posterior recuperação do doente crítico, pois com ausência de dor, existe uma maior probabilidade de o motivar a ser um elemento ativo no seu próprio processo de recuperação, de modo a restabelecer o seu estado de saúde anterior, ou no sentido de facilitar a adaptação a uma nova condição.

No caso particular do doente com queimadura, a dor surge logo após a ocorrência da queimadura devido à lesão de nociceptores presentes na epiderme e na derme. O local permanece doloroso e sensível à estimulação térmica e mecânica, porém a intensidade da dor varia, sendo mais exacerbada onde existe perda cutânea, assim como em áreas dadoras de tecido. No caso das queimaduras profundas, a destruição inicial das terminações nervosas leva a uma insensibilidade dolorosa do local (Castro et al., 2013).

O doente com queimadura, sem qualquer alteração do seu estado de consciência, é capaz de exprimir e avaliar a intensidade da dor que sente. Nestas situações é utilizada a escala numérica de avaliação da dor, numerada de zero a dez, que permite ao doente fazer uma equivalência entre a intensidade da dor que sente e uma classificação numérica, sendo que o zero corresponde à classificação “sem dor” e o dez à classificação “dor máxima” (DGS, 2003).

Relativamente ao posicionamento do doente crítico, o decúbito ventral é uma técnica coadjuvante à VMI, protetora em utentes com síndrome de dificuldade respiratória aguda. Tem sido um tema muito abordado na área da saúde pelos benefícios apresentados em doentes com o vírus SARS-CoV-2. Enquanto que em decúbito dorsal os pulmões são

comprimidos pelo coração e pelos órgãos abdominais, no decúbito ventral, as áreas pulmonares comprimidas são menores, o que facilita o processo de hematose pulmonar e consequente difusão de oxigénio nos tecidos (Hadaya & Benharash, 2020).

Um dos critérios mais importantes para a equipa médica optar pelo posicionamento ventral é a relação entre a pressão parcial de oxigénio arterial (PaO₂) e o oxigénio inspirado fracionado (FiO₂) ser inferior a 150 mmHg. O período mínimo do posicionamento não deve ser inferior a doze ou dezasseis horas (Mitchell & Seckel, 2018).

O procedimento deve ser feito por equipas treinadas, com um número suficiente de profissionais para diminuir o risco de complicações, como a extubação acidental ou instabilidade hemodinâmica (Hadaya & Benharash, 2020).

O EC no SMI permitiu o contato com doentes com oxigenação por membrana extracorporal (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation - ECMO*). Esta constitui uma técnica de oxigenação e circulação extracorporal que permite a substituição parcial ou total da função respiratória e/ou circulatória, mantendo a perfusão dos tecidos com sangue oxigenado, possibilitando a recuperação dos órgãos primariamente lesados. Existem várias modalidades de acordo com o objetivo pretendido (Costa et al., 2011).

O doente crítico é também aquele que é intervencionado em BO, pois necessita de cuidados especializados e meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, de modo a prevenir complicações e promover a recuperação. Na UQ, os doentes com lesão por queimadura são frequentemente encaminhados à sala de BO, que existe no serviço, para desbridamento de queimaduras com tecido sem viabilidade tecidual, e numa fase posterior, o enxerto de pele do doente de áreas sãs nas áreas lesadas em granulação.

Ainda em contexto de cuidados ao doente com lesão por queimadura, a balneoterapia torna-se um procedimento essencial ao tratamento da queimadura. Consiste na limpeza e desbridamento mecânico de áreas queimadas, promovendo a remoção mecânica do biofilme bacteriano e a limpeza do leito da queimadura (European Burns Association, 2017; Glik et al., 2018).

A *European Burns Association* (2017) salienta que a limpeza e o desbridamento são fulcrais no controlo de infeção nas queimaduras, através da remoção do tecido sem viabilidade e da necrose, recorrendo a uma limpeza abundante com água corrente e solução aquosa de clorhexidina, em combinação com desbridamento mecânico. Esta técnica diminui a carga bacteriana e estimula a formação do tecido de granulação. O enfermeiro desempenha um papel ativo antes da balneoterapia, quando prepara o doente, durante a balneoterapia, na prestação de cuidados durante o banho e no processo de desbridamento, no apoio à

sedação, realizada pelo anestesista, e por fim, no regresso à unidade do doente, na promoção de conforto, vigilância após a sedação e tratamento das lesões.

Além do contexto em que se realizaram os EC, no SMI existe uma outra dinâmica de cuidados, as consultas de *follow up*, que se realizam na presença de um médico intensivista e um enfermeiro do SMI. Numa fase em que o doente já recuperou o seu estado de saúde e regressou ao seu quotidiano, estas consultas permitem avaliar a existência de sequelas físicas ou psicológicas, decorrente do estado de doença, que possam ser alvo de tratamento, ou permitem apenas ao doente perceber o que se passou naquele período, desmistificar ideias erradamente concebidas ou esclarecer receios.

Busico et al. (2019), referem que é comum estes doentes apresentarem complicações físicas decorrentes do internamento, sendo as mais comuns a nível pulmonar e do sistema músculoesquelético, transtornos psicológicos, como a ansiedade, stress, depressão e isolamento social, a dor crónica, e as alterações nutricionais (calóricas e proteicas). Estas consultas promovem a diminuição da morbilidade associada ao internamento em cuidados intensivos, aumentam a satisfação do doente e da sua família; e fomentam a visibilidade dos cuidados de enfermagem junto do doente, família e população em geral.

2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação

Segundo o regulamento nº 429/2018, 2018 (p.19362), uma situação de exceção consiste

”numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”, e uma situação de catástrofe consiste num “acidente grave ou a 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”.

Durante o percurso nos diferentes contextos de EC não foram vivenciadas situações de exceção ou catástrofe que permitissem dinamizar uma resposta em termos práticos. Perante isto, no sentido de adquirir competências neste domínio, foi consultado e analisado o Plano de Emergência e Catástrofe em vigor em cada um dos locais de EC. A DGS (2010) recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) a elaboração de um Plano de Emergência Médica que permita o planeamento de uma resposta de emergência possível de acionar perante a possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural ou humana, incidente de várias naturezas (radiológico, químico, biológico) ou epidemia, a qual

provoca, numa primeira abordagem, um desequilíbrio entre os recursos existentes e os necessários.

O plano de emergência interno é um documento elaborado com o objetivo de melhorar, tanto quanto possível, a capacidade de resposta a acidentes que possam conduzir a situações de emergência, e minimizar as suas consequências. Visa circunscrever o sinistro e limitar as suas consequências com recurso a meios próprios da instituição, e sistematizar a evacuação enquadrada e faseada dos doentes e profissionais. É um instrumento organizacional, por natureza evolutivo, sujeito a atualizações e aperfeiçoamentos, decorrentes das alterações das condições, da introdução de novos meios tecnológicos e da experiência dos serviços.

No sentido de dinamizar uma resposta eficaz perante uma situação de exceção ou catástrofe, torna-se fundamental a implementação de simulacros nas instituições de saúde, pois apenas com educação e treino é possível adquirir competências e habilidades necessárias para uma atuação rápida e eficaz em situação de desastre (Kapur & Baéz, 2017).

A partilha de experiências conduz à reflexão sobre práticas de cuidados. Neste sentido, torna-se relevante referir a partilha de experiências por parte dos enfermeiros da UQ, que relataram as vivências que tiveram com o incêndio ocorrido em Pedrogão Grande em 2017, no qual tiveram de se adaptar ao acréscimo da afluência de doentes com lesão por queimadura. Estas situações trouxeram algumas mudanças positivas a nível de recursos humanos e materiais, e algumas mudanças nas dinâmicas e cuidados prestados, com vista à otimização dos cuidados e segurança do doente.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O doente crítico possui um elevado risco de desenvolver infeções, seja pelo ambiente de cuidados, ou pelas necessidades que apresenta. Os cuidados de enfermagem ao doente crítico são altamente qualificados e, na maioria das vezes, com necessidade de manobras e vigilância invasivas, o que aumenta o risco de desenvolver algum tipo de infeção. Desta forma, a adoção de normas nacionais e institucionais de prevenção da infeção são muito importantes no sentido de promover cuidados de qualidade, prevenindo complicações e fomentado um ambiente seguro e com reduzido risco de proliferação de infeções.

A complexidade do quadro clínico do doente crítico exige um conjunto de cuidados que implicam um risco acrescido de desenvolvimento de infeção por microrganismos. São

exemplo os procedimentos invasivos, tais com a ventilação mecânica, entubação endotraqueal, existência de drenos, e cateterismos venosos e vesicais. Também a administração de uma grande variedade de terapêutica, essencial à manutenção da vida, favorece o desenvolvimento de infeções por microrganismos. Nesse sentido, é fundamental que haja prudência e respeito pelas técnicas de assepsia de forma a diminuir a incidência de infeções (Sousa et al., 2018).

No caso específico do doente que está internado na UQ, este apresenta um risco de infeção acrescido associado à ferida resultante da queimadura. Esta pode tornar-se num foco de infeção pois o tecido necrótico que se pode desenvolver, é colonizado por bactérias endógenas e exógenas que potenciam o risco associado, podendo originar quadros de septicémia (Giordani et al., 2016).

A infeção é uma complicação frequente no doente com queimadura, sendo a principal causa de morbilidade e mortalidade no grande queimado (Ferreira et al., 2020). Ferreira et al. (2020) referem que, para além da superfície corporal queimada, que favorece a colonização bacteriana, existem outros aspetos potenciadores de infeção como a imunossupressão decorrente da lesão térmica, o tempo de internamento prolongado, o uso inadequado de antimicrobianos e a necessidade de realizar procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêutica.

Mendes (2018) afirma que o controlo da infeção é fundamental em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, pelo que a atuação dos profissionais de saúde deve focar-se na prevenção da infeção, mas também no controlo da transmissão cruzada de microrganismos.

Como medida de prevenção e controlo de infeção, no momento de admissão do doente, quer na UQ, quer no SMI, é realizado um rastreio sético, o qual consiste na realização de colheitas de duas zaragatoas, para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), urocultura, e hemoculturas para pesquisa de microrganismos aeróbios e anaeróbios. O rastreio de MRSA e os cuidados posteriores, em caso de resultado positivo, constituem uma das normas da DGS que visam a prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA (DGS, 2015).

A prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), promovida pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), assenta, principalmente, na estratégia de promoção de boas práticas a nível do uso de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e na implementação de Feixes de Intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos.

A DGS (2012) normaliza um conjunto de PBCI que visam a prevenção e controlo das IACS, as quais consistem em dez atitudes básicas adotadas pelas instituições e profissionais. Estas atitudes são: a avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente com adoção de medidas de isolamento, se necessário, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), descontaminação dos equipamentos clínicos, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Estas PBCI são transversais a todos os serviços de saúde, porém, é importante que para o seu cumprimento, todos os profissionais recebam formação e treino neste âmbito.

Os Feixes de Intervenção consistem num conjunto de intervenções de boas práticas, baseadas em evidência científica, que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado na diminuição da prevalência das infeções (DGS, 2022).

No SMI e na UQ, onde decorreram os EC, são promovidas diariamente um conjunto de intervenções que previnem a pneumonia associada à intubação, nomeadamente, o posicionamento da cabeceira num ângulo igual ou superior a 30º, a realização de higiene oral ao doente com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos uma vez por turno, a manutenção da pressão no balão do tubo endotraqueal entre vinte a trinta centímetros de água, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, no mínimo uma vez por turno (DGS, 2022a).

No sentido de prevenir a infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2022b), nos três contextos de EC são adotadas várias intervenções preconizadas pela norma da DGS nomeadamente, o cumprimento de técnica assética durante o procedimento de cateterismo vesical, a realização de uma higiene diária do meato uretral, a colocação do saco coletor abaixo do nível da bexiga, o cumprimento de técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em sistema fechado (DGS, 2022b). Na UQ e no SMI é utilizado um sistema que permite a correta fixação do cateter urinário evitando mobilizações acidentais e tração uretral.

Nestes dois locais, a administração de terapêutica é realizada com recurso ao CVC. Perante isto, no sentido de prevenir infeções e promover a manutenção do CVC, é respeitado um conjunto de normas, nomeadamente, o uso de técnica assética antes de, qualquer conexão, administração ou aspiração, a descontaminação dos locais de conexão dos sistemas e

lumens com solução de clorohexidina a 2%, friccionando cerca de quinze segundos, a observação do local de inserção do cateter e mudança do penso a cada quarenta e oito horas se for um penso com compressa, a cada sete dias se for um penso transparente, ou sempre que esteja visivelmente sujo com sangue ou descolado (DGS, 2022c).

No caso específico da UQ, a realização de intervenções no BO da unidade implica atitudes que visam a prevenção da infeção, as quais estão descritas na norma da DGS (DGS, 2022d). Deste modo, quando o doente necessita de ir ao BO, é realizado um banho, antes do procedimento, na sala de balneoterapia, com clorohexidina a 2%, quando indicado é administrada profilaxia antibiótica, é realizada a antissepsia da pele imediatamente antes da incisão, e são mantidos alguns parâmetros como a normotermia, a normoglicemia, uma saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95% e uma perfusão periférica adequada durante todo o procedimento. Estas últimas três vigilâncias são mantidas de numa fase pós-operatória, com recurso a vigilância contínua (DGS, 2022d).

De uma forma transversal aos três EC são respeitadas as intervenções preconizadas no sentido de prevenção da infeção. Existe todo um processo educacional desenvolvido nas equipas que promove uma atuação de acordo com as normas preconizadas. A prevenção e controlo da infeção e a qualidade dos cuidados que se prestam depende, em grande medida, da aplicabilidade de práticas seguras por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pois são estes que mais horas de cuidado dedicam ao doente.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO / AÇÃO

A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência

Early Detection of Acute Confusion in Patients Admitted to the Emergency Department

Detección temprana de confusión aguda en pacientes ingresados en urgencias

RESUMO

Introdução: A confusão aguda (CA) é um problema comum no doente que é admitido no serviço de urgência (SU), porém, na maioria das vezes, o seu diagnóstico e tratamento são desvalorizados, quer devido à subjetividade de sinais e sintomas, quer à falta de consciencialização e formação profissional. O uso de ferramentas para a deteção precoce da confusão aguda é fundamental, com ganhos para os doentes, profissionais e instituições.

Objetivos: Verificar/analisar os conhecimentos dos enfermeiros de um SU sobre CA, manifestações e deteção precoce; realizar uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre a deteção precoce da CA; e implementar estratégias de identificação precoce da CA no doente admitido no serviço de urgência geral (SUG).

Métodos: Estudo exploratório, quantitativo e descritivo no qual participaram os enfermeiros do SUG de um hospital da região centro do país. A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário, elaborado para o efeito, aplicado em dois momentos diferentes, antes e após uma ação de formação sobre a CA e ferramentas de avaliação e deteção precoce. A análise dos dados foi realizada através do sistema operativo SPSS® versão 28.

Resultados: A equipa alvo do estudo possui reduzidos conhecimentos na área da CA. Comparando os dados recolhidos nos dois momentos preconizados, antes e após a ação de formação, verifica-se que há aquisição de conhecimentos na área.

Conclusão: Os enfermeiros detêm poucos conhecimentos sobre a CA e ferramentas de avaliação da mesma. Torna-se crucial consciencializar e promover a formação dos profissionais no sentido de prevenir a CA, e obter ganhos para o doente, profissionais e instituição.

Palavras-chave: confusão, *delirium*, enfermagem, serviço hospitalar de emergência, escala de Neecham

ABSTRAT

Introduction: Acute confusion is a common problem in patients admitted to the emergency room. However, most of the time, the diagnosis and treatment are undervalued, because the subjectivity of signs and symptoms, lack of knowledge or professional training. The use of tools for early detection of acute confusion is essential, with benefits for patients, professionals, and institutions.

Objectives: Analyze the knowledge of nurses in an emergency department about acute confusion, manifestations, and early detection; training for the nursing team on the early detection of acute confusion; and implement strategies for earl.

Results: The team of the study has limited knowledge in the area of acute confusion. Comparing the data collected at the two recommended moments, before and after the training action, it appears that there is acquisition of knowledge in the area.

Conclusion: Nurses have little knowledge about acute confusion and assessment tools. It is crucial to raise awareness and promote the training of professionals in order to prevent acute confusion, and obtain gains for the patient, professionals and institution.

Keywords: confusion, delirium, nursing, emergency service hospital, Neecham scale

RESUMEN

Introducción: La confusión aguda es un problema común en los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, sin embargo, la mayoría de las veces, su diagnóstico y tratamiento están infravalorados, ya sea por la subjetividad de los signos y síntomas, o por la falta de conciencia. y formación profesional. El uso de herramientas para la detección precoz de la confusión aguda es fundamental, con beneficios para pacientes, profesionales e instituciones.

Objetivos: Verificar/analizar el conocimiento de los enfermeros de un servicio de urgencias sobre confusión aguda, manifestaciones y detección temprana; realizar capacitación al equipo de enfermería sobre la detección temprana de confusión aguda; e implementar estrategias para la identificación temprana de la confusión aguda en pacientes ingresados en el servicio de urgências.

Métodos: Estudio exploratorio, cuantitativo y descriptivo en el que participaron enfermeras del servicio de urgencias de un hospital de la región central del país. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario, diseñado al efecto, aplicado en dos momentos diferentes, antes y después de una sesión de formación sobre confusión aguda y herramientas de evaluación y detección temprana. El análisis de los datos se realizó mediante el sistema operativo SPSS® versión 28.

Resultados: El equipo objetivo del estudio tiene conocimientos limitados en el área de confusión aguda. Comparando los datos recogidos en los dos momentos recomendados, antes y después de la acción formativa, se desprende que hay adquisición de conocimientos en el área.

Conclusión: Las enfermeras tienen poco conocimiento sobre la confusión aguda y las herramientas de evaluación. Es crucial sensibilizar y promover la formación de profesionales para prevenir la AC y obtener beneficios para el paciente, los profesionales y la institución.

Palabras-clave: confusión, delirio, enfermagem, servicio de urgência en hospital, escala de Neecham

INTRODUÇÃO

A CA ocorre frequentemente no indivíduo que vivencia uma situação de doença, quer num contexto de urgência e emergência, quer num contexto de internamento. Também designada como *delirium* ou estado confusional agudo, caracteriza-se por um início súbito de características flutuantes. Estima-se que a nível mundial haja uma incidência de 3 a 29% de casos de CA na população adulta hospitalizada (Ševčíková et al., 2019).

Inouye et al. (2014) e Pérez-Ros & Martínez-Arnau (2019) referem que a CA ocorre em cerca de 50% dos utentes admitidos no hospital. Por sua vez, Mattison, (2020) refere uma percentagem que varia entre a 11% a 40%, sendo que entre 55 a 80% dos casos não é identificado como um estado de CA, havendo muito a melhorar em termos de deteção precoce, diagnóstico e tratamento.

No que respeita ao serviço de urgência, Inouye et al. (2014) e Hshieh et al. (2018) referem uma taxa de prevalência de episódios de confusão aguda de 8% a 17% do número total de admitidos, e Pérez-Ros & Martínez-Arnau (2019) uma taxa de 16% a 30%. São valores significativos que sustentam a importância do problema e a relevância que o seu estudo tem, no sentido de prevenir a sua ocorrência, proporcionando bem-estar, segurança e uma prestação de cuidados de qualidade ao doente.

De etiologia multifatorial, a subjetividade dos sinais e sintomas conduzem, muitas vezes, à não valorização da CA e conseqüentemente negligência no diagnóstico e tratamento. Um estado de CA traduz-se em variados riscos na saúde e bem-estar do doente, e apresenta também repercussões negativas a nível da instituição de saúde com o aumento de tempo e custos associados ao internamento (Mattison, 2020; Sousa et al., 2019).

Face à incidência da CA em contexto de SU, aliada à sua subjetividade e à ausência de estratégias na sua deteção precoce, torna-se importante consciencializar e formar os profissionais nesta área, no sentido de obter ganhos em saúde.

Os enfermeiros representam uma classe profissional com um papel fundamental e responsabilidades acrescidas a nível da prevenção da CA e riscos associados. São os profissionais cuja especificidade do seu trabalho lhes permite estar mais tempo com os doentes e assim detetar e avaliar possíveis flutuações do seu estado basal (Ashtarian et al., 2019).

Neste sentido, o presente estudo de investigação-ação pretende verificar e analisar os conhecimentos dos enfermeiros de um SU sobre CA, manifestações e deteção precoce; realizar uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre a deteção precoce da CA; e implementar estratégias de identificação precoce no doente admitido no SU.

A identificação precoce de um provável quadro de CA e a sua prevenção são fundamentais para reduzir a incidência, duração, morbidade e até a mortalidade associadas (Prayce et al., 2018).

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Conceitos como *delirium*, estado confusional agudo ou CA são usados na maioria das vezes para definir uma alteração do estado de consciência do indivíduo que se caracteriza por um início súbito e de curso flutuante. Não havendo uma definição precisa e consistente que diferencie estes conceitos, muitos autores, nacionais e internacionais, referem-se a estes como respeitantes a uma mesma situação clínica.

O *International Council of Nurses* (ICN) (2017, p. 47), refere que a CA respeita a um “pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo”.

Hshieh et al. (2018), Prayce et al. (2018) e Sousa et al. (2019) definem a confusão aguda como um estado de início repentino, que se desenvolve num curto espaço de tempo, e caracteriza-se por alterações flutuantes a nível da consciência, capacidade de atenção, percepção e cognição, com repercussões no ciclo de sono-vigília e no comportamento psicomotor.

Segundo NANDA (2018, p. 480), a confusão aguda diz respeito aos

“distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses e caracteriza-se por agitação, alteração na função cognitiva, alteração na função psicomotora, alteração no nível de consciência, alucinações, incapacidade de iniciar comportamento voltado a uma meta, incapacidade de iniciar um comportamento intencional, inquietação, percepções incorretas”.

Por sua vez, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5 (*Diagnostic and Statistical Manual [DSM] V*, 2018) enfatiza a alteração da atenção, com diminuição da capacidade de focar, manter ou desviar a atenção, alteração da consciência, com diminuição da clareza de percepção do ambiente, e alteração da cognição, com défice de memória, desorientação, défice na linguagem, na capacidade visuo-espacial ou na percepção. Alterações estas que se desenvolvem num curto período de tempo e tendem a flutuar ao longo do dia.

Apresenta uma prevalência que pode variar entre 5 e 20%, a nível europeu, tanto em doentes admitidos em SU, como noutros serviços de internamento (Prayce et al., 2018). Em âmbito nacional verificou-se uma prevalência de CA a rondar os 20,1% (Mariz et al., 2013).

Alguns autores referem a possibilidade de um número mais elevado de situações de ocorrência de CA em indivíduos hospitalizados, porém existe ainda uma escassez de estudos e dificuldade na identificação destas situações face à etiologia variada da doença e sua subjetividade.

A CA pode manifestar-se de diferentes formas, dividindo-se em três subtipos, hiperativo, hipoativo e misto. O estado hiperativo caracteriza-se pelo aumento da atividade motora, agitação, estado de hiperalerta e ansiedade. O estado hipoativo caracteriza-se por uma diminuição da atividade motora, hipoalerta e letargia, e um estado misto refere-se a um estado em que as características anteriormente mencionadas flutuam entre si (Borelli et al., 2016; Prayce et al., 2018).

É um evento comum em pessoas idosas, sendo que a maioria dos autores associa a confusão a doentes com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos (Hshieh et al., 2018; Leslie et al., 2008; Sousa et al., 2019), o que pressupõe elevadas taxas de mortalidade e morbidade, readmissões hospitalares e necessidade de internamento hospitalar (Ferreira et al., 2020; Marques et al., 2013).

A CA está diretamente associada a riscos para o doente, e conseqüentemente repercussões para a instituição. Identifica-se um aumento de dez vezes o risco de mortalidade e de três a cinco vezes o risco de desenvolver infeções nosocomiais. Está também associada ao risco de queda, risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, comprometimento cognitivo ou funcional aquando da alta hospitalar, maior dificuldade na recuperação da saúde e necessidade de dependência de cuidados de uma outra pessoa após a alta, aumento do tempo de internamento, e conseqüentemente aumento dos custos hospitalares (Billig et al., 2022; Ferreira et al., 2020; Mattison, 2020, Prayce et al., 2018).

A identificação do problema requer uma avaliação cognitiva e observação clínica astuta. De início agudo, caracteriza-se por desatenção, alteração do nível de consciência e cognição, podendo surgir episódios de desorientação, e alterações da memória ou da linguagem (Inouye et al., 2014).

Apesar da sua subjetividade e de não estarem definidas causas concretas para o desenvolvimento da CA, alguns aspetos tornam o individuo mais vulnerável, nomeadamente a idade avançada, quadros de infeção e administração regular de determinados medicamentos (Mattison, 2020).

Alguns autores como Prayce et al., (2018) afirmam que a etiologia depende de uma conjugação entre características do indivíduo, como o género e a idade e a situação clínica (ocorrência de infeções urinárias ou enfarte agudo do miocárdio), e as características do meio envolvente, como o ruído, ou a necessidade de realização de manobras invasivas. Torna-se importante reconhecer as possíveis causas, de forma a prevenir ou tratar adequadamente e atempadamente o doente com CA, no sentido de prevenir complicações, potenciar a qualidade dos cuidados prestados e promover a segurança dos doentes e profissionais de saúde.

Distinguem-se dois tipos de fatores, os predisponentes e os precipitantes. Os primeiros, não passíveis de ser modificados, relacionam-se com o doente e a sua situação clínica. Os fatores precipitantes, modificáveis, estão relacionados com o meio envolvente e com eventos agudos que potenciam o início de um quadro de confusão (Billig et al., 2022; Ferreira et al., 2020; Mattison, 2020; Prayce et al., 2018). Importa reconhecer estes últimos no sentido de atuar a nível da sua prevenção. No quadro 1 estão apresentados os diferentes fatores que podem desencadear e potenciar uma qualquer situação de CA.

Quadro 1 Fatores precipitantes e predisponentes da Confusão Aguda:

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades (doença cardíaca, pulmonar, hepática, renal ou cerebral); • Alteração pré-existente da visão ou audição; • Doença paliativa; • Demência prévia; • idade superior a 65 anos; • Género masculino; • Dor crónica; • Desnutrição; • Alcoolismo; • Depressão; • Histórico de violência; • Episódio prévio de delirium; • Polifarmácia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infeção; • AVC; • Enfarte agudo do miocárdio; • Dor aguda; • Trauma; • Pós-operatório de grandes cirurgias; • Desidratação; • Distúrbios eletrolíticos; • Hipo/hiperglicémia; • Retenção urinária/obstipação; • Contenção física; • Privação do sono; • Iluminação artificial; • Ruído; • Isolamento familiar; • Presença de dispositivos como a sonda vesical; • Administração de medicamentos psicoativos ou sedativos hipnóticos; • Intoxicação.

Fonte: Billig et al., 2022; Ferreira et al., 2020; Mattison, 2020b; Prayce et al., 2018

A deteção precoce e mitigação do risco, ou um tratamento imediato adequado dependem de estratégias que permitam identificar precocemente os fatores de risco associados à CA. Neste sentido, Mattison (2020) realça a importância de adotar estratégias para abordar os fatores precipitantes, as quais permitirão prevenir situações de confusão, diminuindo as repercussões associadas, a nível do estado de saúde do doente, segurança e qualidade dos cuidados prestados, e a nível da diminuição de implicações negativas para a própria instituição. Daí que a prevenção nas instituições de saúde seja importante, uma vez que os

estados de CA aumentam o tempo e custos associados ao internamento (Sousa et al., 2019).

No sentido de reconhecer, diagnosticar e atuar preventivamente na CA, é necessário uniformizar critérios e objetivar alterações no indivíduo que são subjetivas, de forma a delinear um conjunto de intervenções preventivas que permitam diminuir a probabilidade de desenvolver um quadro de características flutuantes e com deterioração abrupta do estado mental do doente. Neste sentido, torna-se fundamental a avaliação cognitiva basal do doente, pois é o declínio deste nível basal que poderá alertar para a necessidade de rastrear o risco de desenvolver um evento de CA (Prayce et al., 2018).

Uma das estratégias de prevenção da CA consiste na utilização de instrumentos de avaliação diagnóstica, como a Escala de Confusão de NeeCham (Mattison, 2020; Prayce et al., 2018; Ševčíková et al., 2019). A Escala de Confusão de NeeCham é um instrumento que permite aos enfermeiros avaliar a CA, diariamente. Desenvolvida por Neelon Champagne, Clarson e Funk e traduzida e adaptada para a cultura portuguesa por Neves et al. (2011), está parametrizada no software SClinico®.

De cariz observacional, contempla a avaliação de três parâmetros, o processamento, o comportamento e o controlo fisiológico. O processamento avalia a atenção e estado de alerta, a capacidade de responder a uma ordem, agir perante um comando, e a orientação e memória a curto prazo. O comportamento foca-se na atividade do doente, avaliando o controlo da sua aparência, o comportamento motor e o comportamento verbal. O controlo fisiológico implica a avaliação da estabilidade das funções vitais, saturação de oxigénio, continência urinária, características do pulso e respiração, e avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, ciclos respiratórios e temperatura corporal (Ashtarian et al., 2019; Mulkey et al., 2018; Neves et al., 2011; Poikajärvi et al., 2017).

Permite uma visão multidimensional, sendo uma ferramenta de qualidade para monitorização da CA. Tem uma elevada sensibilidade e especificidade, sendo determinado um score, que varia entre zero (resposta mínima) e trinta (função normal). Uma pontuação entre zero e dezanove indica que existe CA, moderada a severa, entre vinte a vinte e quatro indica uma confusão ligeira ou início de desenvolvimento de um estado confusional agudo, entre vinte cinco a vinte seis indica risco de confusão, e pontuações iguais ou superiores a vinte e sete indicam estado norma, sem confusão (Ashtarian et al., 2019; Mulkey et al., 2018; Poikajärvi et al., 2017).

É uma escala de avaliação rápida, pelo que não representa uma sobrecarga, quer para o doente, quer para o profissional de enfermagem (Ševčíková et al., 2019a).

Não obstante, várias intervenções podem ser prescritas como a orientação temporal e espacial do utente; a promoção de um espaço calmo e bem iluminado e a existência de aspetos visuais que auxiliem a orientação como por exemplo, um relógio. A estimulação visual, auditiva e tátil potencia as funções cognitivas e o processo de perceção do meio envolvente, contribuindo para a orientação. Da mesma forma, é importante uma alimentação e hidratação adequadas, assim como a estimulação da mobilização (Prayce et al., 2018).

Hshieh et al. (2018) reforçam a importância da reorientação destes doentes, usando para além dos relógios já referidos, quadros de orientação e calendários, a importância de manter uma boa higiene do sono, o incentivo ao autocuidado e o incentivo à presença de familiares sempre que a condição o permita.

A deteção precoce da CA é, sem dúvida, a forma mais eficaz de atuar no sentido de prevenir o desenvolvimento da mesma, e promover segurança e cuidados de qualidade ao doente. Neste campo, face às flutuações dos sintomas, o profissional de enfermagem apresenta-se como um elemento fundamental na observação do doente e identificação precoce de alterações, sendo o profissional que mais tempo dispõe de cuidado ao doente.

No sentido de fomentar a deteção precoce e reconhecer a CA como um problema crescente, com repercussões importantes na segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente, e nas próprias instituições de saúde, torna-se imperativo educar os profissionais e fomentar o desenvolvimento de evidência científica neste campo de estudos.

3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a evidência científica na prevenção da CA no doente admitido no SU com recurso a ferramentas utilizadas pelos enfermeiros?

3.3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo e descritivo no qual participaram os enfermeiros de SUG de um hospital da região centro do país, realizado com a finalidade de implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da prevenção da CA no doente admitido em SU.

3.3.1. Amostra

A amostra é constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo. No momento inicial participaram 64 enfermeiros e no momento após intervenção formativa 29 enfermeiros. A amostra é não probabilística por conveniência. Como critérios de inclusão definiram-se todos os enfermeiros do SUG em prestação de cuidados, e como critérios de exclusão os enfermeiros com funções de chefia.

3.3.2. Instrumentos de recolha de dados e procedimentos

Os dados foram recolhidos entre março e agosto de 2023, em dois momentos diferentes: Momento inicial (M1) e Momento após Intervenção Formativa (M2), sobre a temática “A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência Geral” (APÊNDICE III). A recolha de dados foi obtida a partir de um questionário (APÊNDICE IV), aplicado nos dois momentos (M1 e M2), com recurso à plataforma *Google Forms*®.

O questionário está organizado em três partes: a primeira parte destinada a uma caracterização sociodemográfica, a segunda destinada a uma caracterização académica e profissional, e a terceira reservada a uma caracterização de conhecimentos, que aborda a CA, instrumentos que permitam a sua avaliação, a escala de confusão de Neecham e a sua utilização como meio de prevenção de riscos associados à CA e promoção da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Aos enfermeiros da amostra foi disponibilizado o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação (APÊNDICE V), no qual constavam informações sobre o âmbito da investigação, temática, objetivos do estudo, métodos e procedimentos utilizados, e duração previsível da sua realização. Os enfermeiros foram ainda informados que a sua participação seria voluntária e que podiam decidir não participar em qualquer fase do estudo, não sendo penalizados. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes e dos dados recolhidos.

O presente estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética (ANEXO I), autorização do Centro de Investigação e do Conselho de Administração do referido hospital (ANEXO II).

3.3.3. Análise de dados

Os dados colhidos foram analisados com recurso ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®), versão 28.

Recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (N) e relativas (%), média (M), desvio padrão (Dp), valor mínimo (min) e valor máximo (max), para as variáveis sociodemográficas e profissionais. Na caracterização dos conhecimentos foi realizada a análise descritiva através dos valores de frequências absolutas (N) e relativas (%),

3.4. RESULTADOS

Este estudo apresenta 2 momentos, pelo que a amostra em M1 foi de 64 enfermeiros e em M2 foi de 29 enfermeiros, que aceitaram participar no estudo. A amostra em M1 é composta

maioritariamente por profissionais do sexo feminino (78,1%), com uma média de idades de 33,3±6,014 anos, como se pode verificar na tabela 1, variando entre os 23 e 52 anos. A experiência profissional média corresponde a 10,2±6,214 anos e verifica-se que 15,6% destes inquiridos são detentores de Especialidade.

Estes 64 enfermeiros foram convidados a participar na formação de aquisição de conhecimentos na temática referida. Destes, 41 frequentaram a formação, mas apenas 29 enfermeiros responderam ao questionário, o que corresponde a 45,3% da amostra inicial (N1=64) e cerca de 23,6% da equipa de enfermeiros do SUG.

A amostra em M2 (N=29) é também composta, na sua maioria, por profissionais do sexo feminino (79,3%). A média de idades é de 32,7±6,094 anos, num intervalo de 24 a 43 anos. A experiência profissional média corresponde a 9,7±6,060 anos, num intervalo que varia entre 1 e 20 anos. Verifica-se uma percentagem de enfermeiros especialistas correspondente a 3,4%, como se observa na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da Amostra no primeiro e segundo momentos do estudo

	1º Momento						2º Momento					
	N	%	M	Dp	min	max	N	%	M	Dp	min	max
Feminino	50	78,1	--	--	--	--	23	79,3	--	--	--	--
Masculino	14	21,9	--	--	--	--	6	20,7	--	--	--	--
Idade	--	--	33,3	6,014	23	52	--	--	32,7	6,094	24	43
Anos atividade profissional	--	--	10,2	6,214	1	30	--	--	9,7	6,060	1	20
Enfermeiros Especialistas	10	15,6	--	--	--	--	1	3,4	--	--	--	--
Total	64	100	--	--	--	--	29	100	--	--	--	--

Sobre o conhecimento de alguma ferramenta de avaliação da confusão aguda, 60,9% dos inquiridos afirmaram não conhecer nenhuma, mas após a intervenção formativa houve um resultado significativamente diferente, onde todos afirmaram conhecer uma ou mais escalas, como se pode analisar no gráfico 1.

Quando analisados os dados num segundo momento de avaliação, a diferença mais significativa assenta na escolha da escala de CA de Neecham, conhecida por 10,9% dos enfermeiros, em M1, e que em M2 representou uma frequência de 75,8% dos inquiridos.

O *Confusion Assessment Method* (CAM) é uma escala em que se verifica também um aumento da escolha dos participantes, 15,3% no segundo momento (M2), apesar de menos significativa quando comparada com a escala de avaliação da confusão de Neecham com 75,8%.

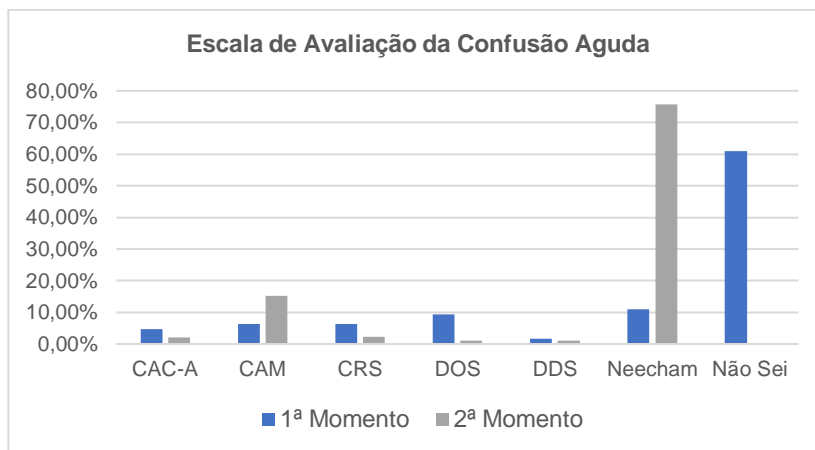


Gráfico 1: Escalas de Avaliação da Confusão Aguda

Uma das opções de resposta referia-se à Escala de Coma de Glasgow (ECG). No primeiro momento (M1) 38% afirmaram que poderia ser utilizada na avaliação da CA, e após formação, no segundo momento (M2) foi referida como uma forma de avaliação da CA em 27,6%.

Relativamente aos fatores de risco que consideram relevantes na avaliação da CA existem diferenças entre os dados recolhidos nos dois momentos (gráfico 2).

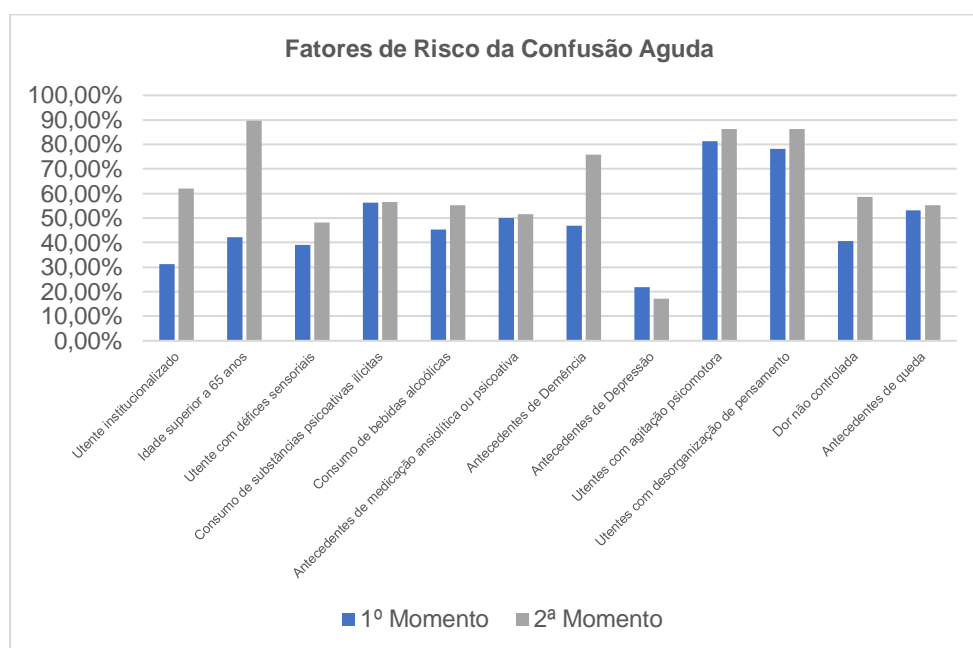


Gráfico 2: Fatores de Risco da Confusão Aguda

Constata-se num primeiro momento que os fatores de risco que a equipa de enfermeiros considera significativos são o consumo de substância psicoativas (56,3%), os doentes com agitação psicomotora (81,3%), os doentes com desorganização do pensamento (78,1%) e a história de antecedentes de queda (53,1%). Após a ação formativa, num segundo

momento, as respostas variam comparativamente com os dados anteriormente recolhidos, de tal modo que a equipa considera como fator de risco relevante, o facto do doente estar institucionalizado (62,1%), ter o diagnóstico de demência (75,9%), ter dor não controlada (58,6%), quadros de agitação psicomotora (86,2%), desorganização do pensamento (86,2%), e com uma maior valorização, a idade superior a 65 anos (89,7%).

Questionados sobre o momento ideal de avaliação da CA, o momento da triagem é o menos indicado pelos enfermeiros, observando-se uma taxa de resposta de 35,9% e 13,8%, nos primeiro e segundo momentos respetivamente. Por outro lado, cerca de 71,9% em M1 e 75,9% em M2 consideram que o momento ideal para realizar a avaliação da CA é no primeiro contacto com o doente, no âmbito da prestação de cuidados, como se analisa na tabela 2.

Tabela 2: Momentos para avaliação da Confusão Aguda

Momentos de Avaliação	1º Momento	2º Momento
Triagem	35,9%	13,8%
Primeira avaliação do doente pela equipa de enfermagem	71,9%	75,9%
Ao fim de 24 horas e permanência no Serviço de Urgência	50%	48,3%
Quando doente manifesta comportamentos desadequados	60,9%	62,1%

Analisando os parâmetros que constituem uma escala, verificaram-se algumas diferenças no momento antes e após a ação formativa. Em M1 17,2% afirmava conhecer os parâmetros alvos de avaliação em contrapartida com 82,8% que não conhecia. Em M2 65,5% conhecia os parâmetros, ao contrário de 34,5% que afirmava não os conhecer.

Dos que responderam ter conhecimento sobre os parâmetros de avaliação de uma escala, foram questionados sobre quais os que consideram ser importantes na identificação precoce de um quadro de CA, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Parâmetros de Avaliação da Confusão Aguda

Parâmetros de avaliação	1º Momento	2º Momento
Antecedentes de saúde	36,4%	40%
Saturação periférica de Oxigénio	27,3%	70%
Pressão Arterial	9,1%	70%
Postura e Aparência	36,4%	70%
Comportamento Verbal	90,9%	95%
Capacidade de processar uma ordem	90,9%	100%
Ciclo de sono-vigília	18,2%	45%

A escala parametrizada no SClínico® é a escala de confusão de Neecham. Sobre a existência de alguma escala de avaliação da CA parametrizada no sistema informático, apenas 1,6% dos enfermeiros tinha conhecimento. Após a participação na formação, verificou-se que 72,4% dos inquiridos afirmam existir pelo menos uma escala parametrizada (tabela 4). Neste segundo momento (M2) observou-se que 62% afirma que a escala de CA parametrizada no SClínico® é a de Neecham, enquanto que 10,3% afirma ser a CAM.

Tabela 4: Conhecimento sobre quais escalas estão parametrizadas no SClínico®

		M1		M2	
		%	N	%	N
Existe alguma escala parametrizada no SClínico®	Sim	1,6%	1	72,4%	21
	Não	98,4%	63	27,6%	8
Qual a escala parametrizada no SClínico®	NeeCham	0%	0	62%	18
	CAM	1,6%	1	10,3%	3
	Não sei	98,4%	63	27,6%	8

Nos dois momentos do questionário, os participantes afirmaram, na sua totalidade (100%) que consideram benéfica a utilização de uma escala de avaliação da CA na melhoria dos cuidados prestados, e na redução de riscos associados à CA, os quais afetam a segurança do doente.

Relativamente aos riscos associados à CA, as respostas foram semelhantes relativamente a alguns fatores como se pode observar no gráfico 3. Porém, no caso de risco de úlcera por pressão, aumento da morbilidade e aumento dos custos de internamento, as diferenças entre os dois momentos foram significativas, com mais elementos a considerarem estes riscos numa fase pós formativa.

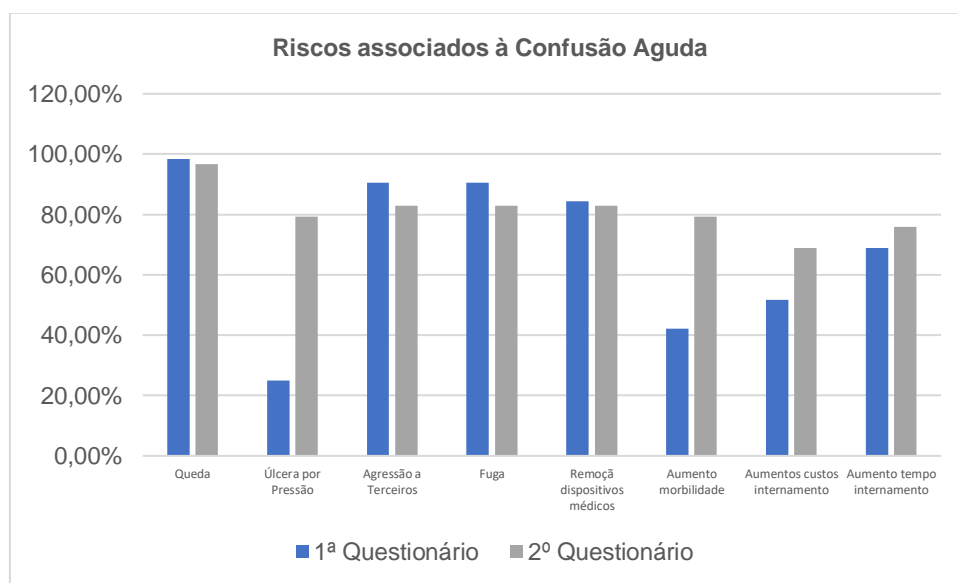


Gráfico 3: Riscos associados à Confusão Aguda

3.5. DISCUSSÃO

Entre os 64 participantes verifica-se que o sexo feminino é o predominante, quer em M1 (78,1%), quer em M2 (79,3%). Efetivamente a profissão de enfermagem é, maioritariamente do sexo feminino, com 67.499 (82,5%) enfermeiras inscritas na Ordem dos Enfermeiros (OE, 2022).

A média de idades situa-se nos 33,3 anos, em M1 e 32,7 anos em M2, aproximadamente, num intervalo de idades entre os 23 e 52 anos. Segundo o anuário estatístico da OE (2022) esta média de idades enquadra-se no segundo grupo etário com um maior número de enfermeiros, o grupo etário dos 31 aos 35 anos, constituído por 11.282 profissionais.

Relativamente à experiência profissional, no primeiro momento (M1) participaram enfermeiros com uma experiência que varia entre 1 e 30 anos, e no segundo momento (M2) varia entre 1 a 20 anos, obtendo-se respetivamente uma média de 10,2 anos em M1 e 9,7 anos em M2, ou seja, aproximadamente 10 anos de experiência profissional, comparando ambos os momentos.

Segundo Benner (2001), a experiência profissional e pessoal capacita o enfermeiro com competências na identificação e prevenção de problemas. O enfermeiro perito detém uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando um julgamento clínico, ágil e intuitivo.

A autora, e enfermeira, salienta ainda a importância de complementar o saber adquirido, nas experiências da prática da profissão, com conhecimentos adquiridos em evidência científica, no sentido de alcançar a excelência do cuidado (Benner, 2001).

Quanto ao grau académico dos participantes, em ambos os momentos, verifica-se que existe uma pequena percentagem de enfermeiros especialistas, 15.6% e 3.4% respetivamente. Mais uma vez, estes dados enquadram-se nos dados estatísticos apresentados pela OE referentes a 2022, segundo os quais 63150 enfermeiros eram licenciados e 5378 eram detentores de especialidade, cerca de 6.6% do total de enfermeiros inscritos a nível nacional.

No que respeita à avaliação de conhecimentos, num primeiro momento (M1) 60,9% dos enfermeiros inquiridos não conhecia instrumentos que avaliassem a CA no doente. Dos 39,1% que referiram conhecer um instrumento, a maioria, 42,2%, afirmou, erradamente, que a escala de coma de Glasgow (ECG) é um dos instrumentos de avaliação da CA. A ECG é uma escala que permite avaliar o nível de consciência do indivíduo, com base na observação de respostas espontâneas e respostas aos estímulos verbais e dolorosos em três parâmetros diferentes, a abertura ocular, a resposta verbal e a resposta motora (Farias et al., 2021).

As restantes escalas apresentadas na mesma questão, e as quais foram também selecionadas pela equipa, são escalas de avaliação da CA utilizadas por enfermeiros em diferentes contextos de cuidados (Helfand et al., 2021; Mattison, 2020; Neves et al., 2011; Poikajärvi et al., 2017; Prayce et al., 2018; Ševčíková et al., 2019).

No segundo momento de recolha de dados (M2), ou seja, após a ação de formação, existe um maior número de enfermeiros que afirma conhecer escalas de avaliação da confusão, e entre as que foram apresentadas, a escala de confusão de NeeCham é a que teve um aumento mais significativo, com uma diferença de 65% entre cada um dos momentos de recolha de dados. Este resultado permite validar que as formações são essenciais na aquisição de conhecimentos, e que, neste tema específico, os resultados obtidos, antes e após a formação, são significativos, embora numa participação reduzida.

Ao analisar os dados, constata-se que o CAM foi uma das escalas apresentadas que representou um aumento entre os dois momentos de recolha de dados, resultado da formação lecionada, porém com uma significância menor quando comparada com escala de confusão de Neecham.

O CAM não está parametrizado no SClínico®, mas permite a avaliação da confusão aguda pelos profissionais de saúde com uma sensibilidade de 94% a 100%. Adaptado a vários ambientes de cuidados, foca-se na avaliação de quatro parâmetros, o início agudo e curso flutuante dos sintomas, a desatenção, a desorganização do pensamento e a alteração a nível do estado de consciência (Hshieh et al., 2018).

De acordo com os dados recolhidos, e com base numa análise geral das escalas apresentadas, o CAM e a escala de confusão de Neecham são aquelas que maior significado têm para os participantes, o que se deve ao facto de ambas estarem traduzidas e validadas para Portugal, ao contrário das restantes (Neves et al., 2011; Sampaio & Sequeira, 2013).

Relativamente aos fatores de risco para o desenvolvimento de um quadro de CA, e após análise dos resultados, verifica-se que num primeiro momento (M1) os fatores apresentados têm uma ponderação semelhante. Num segundo momento (M2), comparativamente com os dados obtidos anteriormente, os enfermeiros consideram como principais fatores de risco, o doente que está institucionalizado (62,1%) e como tal, afastado do seu meio familiar, a existência de um diagnóstico de demência (75,9%), a dor não controlada (58,6%), os doentes com história de agitação psicomotora em internamentos anteriores (86,2%), os doentes com desorganização do pensamento (86,2%), e com uma maior valorização, aqueles cuja idade é superior a 65 anos (89,7%). Observam-se diferenças entre os dois momentos de recolha de dados, havendo, de uma forma geral, e após um processo formativo, um aumento na valorização dos vários fatores apresentados. Mais uma vez, pode afirmar-se que a formação dos profissionais é fundamental na aquisição de conhecimentos sobre a temática, e posterior aquisição de competências que permitem a prevenção,

identificação precoce da CA e implementação de estratégias adequadas a cada contexto (Prayce et al., 2018).

Billig et al. (2022), Ferreira et al. (2020), Mattison (2020) e Prayce et al. (2018) agrupam os fatores de risco em dois tipos, os predisponentes, que não podem ser modificáveis pois estão relacionados com o doente e com a sua situação clínica, e os precipitantes, modificáveis, e relacionados com o meio envolvente e com eventos.

Perante a individualidade de cada doente, importa identificar os fatores de risco possíveis de desencadear um estado de CA, de forma a direcionar as intervenções no sentido de modificar e tratar os fatores de risco modificáveis, e controlar os não modificáveis, diminuindo os seu impacto e consequências. No entanto, para obter resultados na prática clínica, é essencial criar normas e protocolos, com base em evidência, que forneçam orientações para controlo e tratamento dos fatores de risco associados ao desencadear de um estado de CA (Pinheiro et al., 2022).

Os enfermeiros são o grupo profissional que, pelas características da profissão, mais tempo passam junto dos doentes, o que lhes acrescenta a responsabilidade na observação e avaliação do doente, com consequente deteção precoce de situações de CA (Ashtarian et al., 2019).

Apesar de responsáveis por esta avaliação e vigilância, não existe um momento ideal para avaliação da CA descrito na literatura. Quando questionados neste sentido, os enfermeiros referiram que o momento ideal para esta avaliação seria na primeira avaliação do doente, com uma taxa de resposta superior a 70%. Mais de 60% dos enfermeiros considera também que quando o doente inicia manifestações de comportamento desadequado, como a desorientação, agitação ou apatia súbita deve ser realizada uma avaliação da confusão.

Para que se possa avaliar uma qualquer alteração no doente, a qual possa conduzir a um estado de CA, é essencial conhecer o estado basal do doente. Neste aspeto, os enfermeiros assumem um papel fundamental, quer durante um primeiro contacto de prestação de cuidados, quer posteriormente, com uma avaliação e observação contínua durante o tempo de permanência em SU.

Neves et al. (2011) referem que os enfermeiros não fazem uma avaliação sistematizada e consistente da CA, o que conduz a reduzidas taxas de diagnóstico. Apresentam causas como a flutuação e subjetividade de sintomas ou o próprio desconhecimento dos profissionais face ao problema.

Neste sentido, torna-se importante uniformizar cuidados para otimizar resultados, através da consciencialização dos profissionais de saúde para a problemática, e criação de diretrizes e protocolos junto das instituições (Ferreira et al., 2020).

O uso de ferramentas, como as escalas de avaliação, permite uma abordagem metódica e segura da CA, promovendo a efetividade da sua prevenção (Ashtarian et al., 2019; Poikajärvi et al., 2017).

Ao analisar os dados relativamente aos parâmetros de avaliação da CA constata-se que 82,8% dos enfermeiros não tinha conhecimento sobre nenhuma escala de avaliação, em M1, cuja percentagem reduz para 34,5% em M2. A maioria dos enfermeiros considera o comportamento verbal e a capacidade de processamento como fundamentais. Após apresentar a escala de avaliação de Neecham, num segundo momento, os enfermeiros valorizaram outros parâmetros como a saturação periférica de oxigénio, pressão arterial e a postura e aparência. Esta diferença entre as respostas nos dois momentos demonstra a diferença entre uma equipa com poucos conhecimentos, e uma equipa que realiza formação sobre a temática.

A escala de confusão de Neecham, de cariz observacional, não representa uma sobrecarga para o enfermeiro. Contempla a avaliação de três parâmetros, o processamento, o comportamento e o controlo fisiológico. O processamento avalia a atenção e estado de alerta, a capacidade de responder a uma ordem, agir perante um comando, avalia a orientação e memória a curto prazo. O comportamento foca-se na atividade do doente, avaliando o controlo da sua aparência, o comportamento motor e o comportamento verbal. O controlo fisiológico implica a avaliação da estabilidade das funções vitais, saturação de oxigénio, continência urinária, características do pulso e respiração, e avaliação pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, ciclos respiratórios e temperatura corporal (Ashtarian et al., 2019; Mulkey et al., 2018; Neves et al., 2011; Poikajärvi et al., 2017).

A escala de confusão de Neecham está parametrizada no SClinico®, contudo verificou-se que a equipa não tinha conhecimento sobre a parametrização da Escala neste sistema informático. Comprovou-se que a CA é uma área ainda pouco sensível, na avaliação pelo enfermeiro em contexto de SU, facto que se deve a atores como a sobrelotação diária, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, ou a diminuição no desempenho profissional associado a falta de motivação das equipas (Mariano, 2019).

Também a subjetividade do tema, a não existência de um conceito definido para a CA, a falta de consciencialização sobre a importância da temática, contribuem para o

desconhecimento da escala de confusão de Neecham e sua utilidade (Prayce et al., 2018; Mattison, 2020).

Todavia identifica-se a importância da avaliação da CA, na prevenção de riscos e promoção da segurança do doente, facto reconhecido por todos os enfermeiros inquiridos que consideram benéfica a utilização de uma escala de avaliação da CA na melhoria dos cuidados prestados, e na redução de riscos associados à CA, os quais afetam a segurança do doente.

Um estado de CA está associado a riscos para o doente, mas também para os profissionais e instituições de saúde. Conforme os dados apresentados no gráfico 3, os enfermeiros estão cientes dos riscos associados à CA, porém, após formação sobre a temática (M2), percebe-se que existe uma consciencialização face a determinados riscos anteriormente não valorizados.

A CA está associada ao aumento de complicações para o doente, nomeadamente o risco de desenvolver úlceras por pressão, o risco de queda e o risco de desenvolvimento de infeções. O aumento da morbilidade, com declínio cognitivo e funcional associados, por vezes permanentes, conduzem a situações de aumento do tempo de internamento, necessidade de readmissão hospitalar ou noutras instituições de saúde, e aumento do risco de mortalidade (Mattison, 2020; Prayce et al., 2018).

O desenvolvimento de um estado confusional agudo está também associado a uma maior dificuldade na recuperação da autonomia pré-existente, conduzindo a uma maior necessidade de dependência de cuidados de terceiros após a alta clínica, fator responsável por situações de stress e sobrecarga, física e emocional (Prayce et al., 2018).

Durante a realização do estudo verificou-se uma reduzida adesão da parte dos participantes, que de um total de 123 enfermeiros em prestação de cuidados no SUG, apenas 29 (cerca de 23,6% do total) concluíram todas as etapas do estudo, o que representa uma amostra pequena que não permite generalizar resultados.

Esta reduzida adesão na participação do estudo deve-se ao facto da equipa estar desmotivada e com uma sobrecarga de trabalho, associada ao elevado fluxo de doentes admitidos no SU e ao défice de recursos humanos.

Camargo et al. (2021) afirmam que a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e de autonomia são algumas das razões que provocam a desmotivação dos enfermeiros, que, por sua vez, se repercute no desempenho, criatividade, nas relações e trabalho em equipa.

CONCLUSÃO

A CA no doente que é admitido numa instituição de saúde, nomeadamente num SU de adultos, é um problema atual e frequente, mas pouco reconhecido e valorizado junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

Com este estudo de investigação-ação foi possível compreender que antes de implementar uma ferramenta de avaliação da CA, torna-se fundamental avaliar os conhecimentos que a equipa de profissionais de saúde possui sobre o tema. Depois de identificar as lacunas no conhecimento, a intervenção seguinte consiste na promoção de ações de formação que permitam a aquisição desses conhecimentos.

É essencial consciencializar os enfermeiros face à importância desta problemática e a importância da sua deteção e tratamento, no sentido de prestar cuidados de qualidade e promover a segurança dos doentes e dos profissionais (Ashtarian *et al.*, 2019).

A CA tem riscos associados para o doente, para o profissional, e para a instituição de saúde. O enfermeiro, sendo o profissional de saúde que passa mais tempo junto do doente, é também o profissional que está numa posição privilegiada de avaliação do doente e identificação de possíveis alterações, no sentido de mitigar os riscos.

Face aos resultados obtidos no presente estudo, torna-se emergente definir um conceito que melhor defina o problema, objetivar o que é subjetivo, promover a investigação sobre a temática, incorporar a problemática em contexto de formação para os enfermeiros, e promover a inclusão de escalas de avaliação da CA na prática clínica. Apenas com estas medidas, e com uma postura de educação e consciencialização dos profissionais, se poderá agir no sentido da prevenção e tratamento da CA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2018). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5ª edição) Artmed. <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
- Ashtarian, H., Mehrabi, N., Bazrafshan, M. R., & Rahmati, M. (2019). Validation of the NEECHAM Confusion Scale for Intensive Care Delirium Assessment. *Journal of Health Sciences and Surveillance System*, 7(4). <https://doi.org/10.30476/jhsss.2020.85687.1073>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Billig, A. E., Lampert, M. A., Guerra, R. R., & Steigleder, N. E. (2022). Delirium in the elderly admitted to an emergency hospital service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 4), e20210054. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0054>
- Borelli, W. V., Aguzzoli, C., Dorigatti Soldatelli, M., & Porcello Schilling, L. (2016). Estado Confusional Agudo.pdf. *Acta Medica*.
- Camargo, V. de O. J. e, Cunha, F. V., & Meneses, T. M. F. (2021). O uso da ferramenta de coaching pelo líder enfermeiro, no contexto da desmotivação/ The use of the coaching tool by the nurse leader in the context of demotivation. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 12535–12549. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-226>
- Farias, E. B. P. et al. Processo de Enfermagem Apoiado por Sistema Especialista na Aplicação das Escalas de Glasgow e Braden em um Hospital Público Brasileiro. Navus: *Revista de Gestão e Tecnologia*, n. 11, p. 114–129, 2021. <http://www.risti.xyz/issues/ristie41.pdf>
- Ferreira, M. J., Passos, A. G., Ferreira, W. F. da S., & Oliveira, E. M. (2020). Reflexões da enfermagem no manejo ao paciente idoso com delirium em terapia intensiva. *Disciplinarum Scientia - Ciências Da Saúde*, 21(1), 47–57. <https://doi.org/10.37777/dscs.v21n1-005>
- Helfand, B. K. I., D'Aquila, M. L., Tabloski, P., Erickson, K., Yue, J., Fong, T. G., Hshieh, T. T., Metzger, E. D., Schmitt, E. M., Boudreaux, E. D., Inouye, S. K., & Jones, R. N. (2021). Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instruments for <scp>Non-ICU</scp> Settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(2), 547–555. <https://doi.org/10.1111/jgs.16879>
- Herdman, T. H.; Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. (11ª edição). Artmed. <https://www.podiatra.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>
- Hshieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2018). Delirium in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2017.10.001>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *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)
- International Council of Nurses. (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2*. www.ordemdosenfermeiros.pt
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27–32. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTERNMED.2007.4>
- Mariano, L. I. S. D. (2019). *A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação* [Master's thesis] Instituto Politécnico de Setúbal.R epositório Comum. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Relat%C3%B3rio%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Relat%C3%B3rio%20(2).pdf)
- Mariz, J., Santos, N. C., 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), 2. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-2>
- Marques, P., Cruz, S., & Marques, M. (2013). Conceito de delirium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 10), 161–169. <https://doi.org/10.12707/RIII1228>
- Mattison, M. L. P. (2020). Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 173(7), ITC49–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
- Mulkey, M. A., Roberson, D. W., Everhart, D. E., & Hardin, S. R. (2018). Choosing the Right Delirium Assessment Tool. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(6), 343–348. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000403>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 3). <https://doi.org/10.12707/rii1052>

Ordem dos Enfermeiros (2022). Estatística de Enfermeiros – 2022, Anuário Estatístico Nacional. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Pérez-Ros, P., & Martínez-Arnau, F. (2019). Delirium Assessment in Older People in Emergency Departments. A Literature Review. *Diseases*, 7(1), 14. <https://doi.org/10.3390/diseases7010014>

Pinheiro, F. G. de M. S., Santos, E. S., Barreto, Í. D. de C., Weiss, C., Oliveira, J. C., Vaez, A. C., & Silva, F. A. da. (2022). Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35.

Poikajärvi, S., Salanterä, S., Katajisto, J., & Junttila, K. (2017). Validation of Finnish Neecham Confusion Scale and Nursing Delirium Screening Scale using Confusion Assessment Method algorithm as a comparison scale. *BMC Nursing*, 16(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0199-6>

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>

Sampaio, F., & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 125–134. <https://doi.org/10.12707/RIII12127>

Ševčíková, B., Matějovská Kubešová, H., Šáteková, L., & Gurková, E. (2019). Delirium screening instruments administered by nurses for hospitalized patients - literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(4), 1167–1178. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0028>

Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>

Vermeersch, P. E. H. (1990). The clinical assessment of confusion-A. *Applied Nursing Research*, 3(3), 128–133. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80132-6](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80132-6)

CONCLUSÃO DO RELATÓRIO

O presente relatório representa um resumo do percurso realizado nos últimos dois anos, e descreve, de forma crítica e reflexiva, de que forma as experiências vividas foram promotoras de aquisição de competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica. A prática reflexiva e o pensamento crítico proporcionaram importantes oportunidades para o desenvolvimento enquanto especialista.

Este relatório representa a etapa final de um grande esforço, empenho e dedicação, mas com um exponencial de crescimento profissional e pessoal. Representa o final de um ciclo de estudos e o início de uma etapa desafiante, rica em conhecimento e com responsabilidade acrescida, com repercussão na prática profissional de cuidados ao doente crítico.

O relatório é constituído por um estudo de investigação-ação, o qual permitiu a aquisição de conhecimentos na área da investigação. A escassez de conhecimentos e inexperiência nesta área constituiu um aspeto negativo, o qual foi colmatado com pesquisa em evidência, proporcionando assim, uma análise de dados com o maior rigor metodológico possível e de encontro com os objetivos do estudo, proporcionado, posteriormente, resultados na melhoria contínua da qualidade do cuidado.

A enfermagem está em constante evolução e mudança, pelo que é exigido ao enfermeiro uma permanente atualização de conhecimentos baseados na evidência científica, para que possam ser satisfeitas as necessidades da população onde se insere.

É de realçar o ambiente facilitador de aprendizagens nos diferentes ensinamentos clínicos, onde predominou, por parte da equipa de enfermagem, e essencialmente dos enfermeiros orientadores, o incentivo, a partilha de experiências e conhecimento, a disponibilidade, a compreensão, a motivação, o empenho e a colaboração. A exigente conjugação entre a vida pessoal, profissional e académica, e a localização dos ensinamentos clínicos, foram algumas das dificuldades que surgiram durante o percurso académico, mas que foram promotoras de crescimento pessoal e profissional.

É feito um balanço muito positivo do percurso que culmina com a entrega do presente relatório, percurso esse que foi repleto de experiências com efeitos no presente e no futuro da prática profissional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adami, N. P. (2000). A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1). <https://acta-ape.org/en/article/a-melhoria-da-qualidade-nos-servicos-de-enfermagem/>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. ISSN 1647 8668. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Amante, L. N., Rossetto, A. P., & Schneider, D. G. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(1). <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000100007>
- Amato, M. B. P., Meade, M. O., Slutsky, A. S., Brochard, L., Costa, E. L. V., Schoenfeld, D. A., Stewart, T. E., Briel, M., Talmor, D., Mercat, A., Richard, J.-C. M., Carvalho, C. R. R., & Brower, R. G. (2015). Driving Pressure and Survival in the Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 372(8), 747–755. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1410639>
- Anguita, M., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (23), 59–68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Antunes, A., Carvalho, J. Sousa, P. (2015). Uma tríade em supervisão clínica em enfermagem. [Conference session]. Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.26/31796>
- Araújo, A. M. de L., Morais, H. C. C., Vasconcelos, H. C. A. de, Rabelo, J. C., Santos, R. X. L. dos, & Holanda, R.-E. (2015). A pesquisa científica na graduação em enfermagem e sua importância na formação profissional. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(9), 9180–9187. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-V9I9A10716P9180-9187-2015>
- Barros, D. F. de, Freitas, F. R. N., Souza, A. T. da S., Araújo, T. M. E. de, Freitas, D. J. N., Alves, M. C. S., Fortes Júnior, E. J., Santos, N. D. de S., & Pedrosa, J. I. dos S. (2021). Liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(1), e26110110099. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10099>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Busico, M., Carini, A. N. F., Pedace, M., Villalba, D., Foster, C., Garcia Urrita, J., Jereb, S., Sacha, V. & Estensoro, E. (2019). Follow-up program after intensive care unit discharge. *Medicina Intensiva*. 43, 243-254. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>
- Castro, R. J. A. de, Leal, P. C., & Sakata, R. K. (2013). Tratamento da dor em queimados. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63(1), 154–158. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942013000100013>
- Ciftci, B., Gok, M. S., Aksoy, M., & Avsar, G. (2020). The Effect of Internships on Clinical Decision Making and Professional Values of Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2). http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_1_ciftci_original_13_2.pdf
- Costa, L. M. B., Hora, M. P., Araujo, E. O., & Pedreira, L. C. (2011). Cuidado de enfermagem a uma paciente em uso da ECMO. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5325>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Despacho n.º 1434172013 de 6 de novembro do Ministro da Saúde. Diário da República: II série, no 215. https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Novembro/Desp_14341_2013.pdf
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministro da Saúde. Diário da República: II série, no 153. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Decreto Lei no. 156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 181. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Despacho n.º 12327/2015 de 20 de novembro do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II série, No 228.

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Novembro/Desp_13427_2015.pdf

Despacho n.º 10438/2016 de 19 de agosto do Ministério da Saúde (2016). Diário da República: II série, No.159, <https://dre.tretas.org/dre/2701196/despacho-10438-2016-de-19-de-agosto>

Despacho n.º 8925/2020 de 17 de setembro do Ministério da Saúde (2020). Diário da República: II série, No.182, <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/09/182000000/0025600259.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 de 17 de setembro do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II série, No 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-aSeguranca-dosDoentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação nº 018/2011 – DGS - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 022/2012 - Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/022_2012%20act.NOV.2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo de Infeção. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aosantimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-dainfecao1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 015/2013 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Dado por Escrito. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGSConsentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma 018/2014 (atualizada a 27/04/2015) - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma 021/2015 (atualizada a 17/11/2022) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_m arco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma 019/2015 (atualizada a 29/08/2022) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma 022/2015 (atualizada a 29/08/2022) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015d). Norma 022/2015 (atualizada a 17/11/2022) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

European Burns Association. (2017). European practice guidelines for burn care: Minimum level of burn care provision in europe (4ª edição). Netherlands: European Burns Association. <http://euroburn.org/wpcontent/uploads/2014/09/EBA-Guidelines-Version-4-2017-1.pdf>

Faustino, A. (2014). Abordagem do Delirium no doente crítico [Master's thesis] Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Repositório do Hospital professor Doutor Fernando da Fonseca. <http://hdl.handle.net/10400.10/1265>

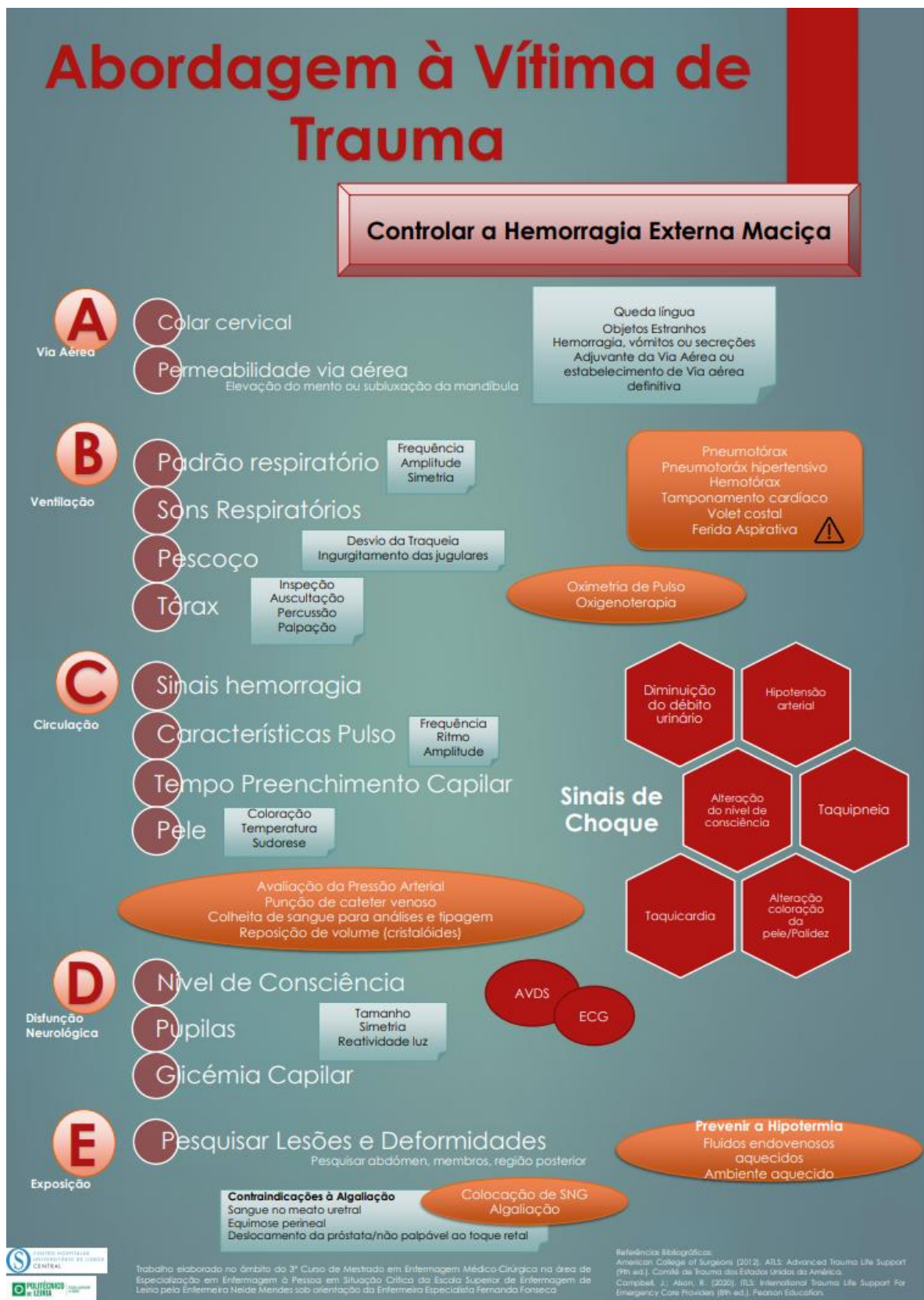
- Ferreira, M. J., Passos, A. G., Ferreira, W. F. da S., & Oliveira, E. M. (2020). Reflexões da enfermagem no manejo ao paciente idoso com delirium em terapia intensiva. *Disciplinarum Scientia - Ciências Da Saúde*, 21(1), 47–57. <https://doi.org/10.37777/dscs.v21n1-005>
- Fonseca, M. J., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspectiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 77. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.opse>
- Glik, J., Łabuś, W., Kitala, D., Mikuś-Zagórska, K., Roberts, C., Nowak, M. & Kawecki, M. (2018). A 2000 patient retrospective assessment of a new strategy for burn wound management in view of infection prevention and treatment. *International Wound Journal*, 15(3), 344–349. <https://doi.org/10.1111/iwj.12871>
- Giordani, A. T., Sonobe, H. M., Guarini, G., & Stadler, D. V. (2016a). Complicações em pacientes queimados: Revisão Integrativa. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 7(2), 535. <https://doi.org/10.18673/ges.v7i2.22038>
- Haboba, L. A. Y. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 21. Recuperado de <http://www.revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/802>
- Hadaya, J., & Benharash, P. (2020). Prone Positioning for Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). *JAMA*, 324(13), 1361. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14901>
- Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU. *ASHA Leader*, 22 (12). <https://doi.org/10.1044/leader.OTP.22122017.40>
- Kane-Gill, S. L., Dasta, J. F., Buckley, M. S., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., George, E. L., Pohlman, A. S., Agarwal, S., Henneman, E. A., Bejian, S. M., Berenholtz, S. M., Pepin, J. L., Scanlon, M. C., & Smith, B. S. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. In *Critical Care Medicine* (Vol. 45, Issue 9). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002533>
- Kapur, G. & Baéz, A. (2017). International disaster health care: Preparedness, Response, Resource Management, and Education. *Designing Resilience*. University of Pittsburgh Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt5hj9c.16>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27–32. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTERNMED.2007.4>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle - Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Transitions+Theory+Middle++Range+and+Situation%20Specific+Theories+in+Nursing+Research+and+Pracice.&ots=7kKouRSIG6&sig=2ShgOL9BQZI_ZvJ5_Jncr6bMy14&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Mendes, M. J. P. S. V. (2018). Contributos do enfermeiro especializado no controlo da infeção do doente grande queimado. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/28322>.
- Mendes, W. de P., Gomes, T. B., Nunes, J. S., Rodrigues, T. F., Gomes, G. V., Ferreira, S. da S., Barros, P. S., Abreu, V. P. L., Lima, T. O. S., & Abrão, R. K. (2022). Competências gerenciais do enfermeiro no âmbito hospitalar: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, 11(4), e13811426742. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26742>
- Metelski, F. K., Alves, T. F., Rosa, R. Da, Santos, J. L. G. dos, & Andrade, S. R. (2020). Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e51457. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51457>
- Mitchell, D. & Seckel, M. (2018). Acute Respiratory Distress Syndrome and Prone Positioning. *Advanced Critical Care*, 29(4), 415-425. <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article/29/4/415/2281/AcuteRespiratory-Distress-Syndrome-and-Prone>
- Morais, O. M. dos, Mata, C., Fernandes, M. de F., Monteiro, M. de F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1). <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>

- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., & Ruivo, A. (2018). Preservação Do Direito À Privacidade: Perceção Do Doente Internado Revisão Integrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 1000. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).1000](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(2).1000)
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (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>
- Nascimento, A. Z., Ribeiro, G., Bernardino, E., & Oliveira, E. S. de. (2007). LIMITES E POSSIBILIDADES DA PERMANÊNCIA DE FAMILIARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Cogitare Enfermagem*, 12(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v12i4.10069>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 3). <https://doi.org/10.12707/rrii1052>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements And Strategies For Ethical Decision-Making In Nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L., Amaral, M., Goncalves, R.. (2005). *Código Deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de dados*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroesdequalidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Governo de Portugal*, 53(9).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Parecer nº 20/2015. Competências Do Enfermeiro Chefe De Equipa Dos Serviços De Urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer nº 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-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Pinto, J., Montinho, L., & Gonçalves, P. (2010). O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 1), 81–92. <https://doi.org/10.12707/Rli1003>
- Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2002a). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 433–438. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro do Ministério da Saúde (2014). Diário da República, II série, no 233. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDoTacoSeguras.pdf
- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho do Ministério da Saúde (2018). Diário da República, II série, no 123. https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul_361_2015.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho do Ministério da Saúde (2018). Diário da República, II série, no 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro do Ministério da Saúde (2019). Diário da República, II série, no 26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 5 de setembro do Ministério da Saúde (2019). Diário da República, II série, no 184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Relvas, R. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus [Master's thesis,] Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade [Master's thesis,] Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>

- Rosa, I., Pais, D., & Guimarães Consciência, J. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Medicina Interna*, 23(1), 18–23. <https://doi.org/10.24950/rspmi.777>
- Ševčíková, B., Matějovská Kubešová, H., Šáteková, L., & Gurková, E. (2019). Delirium screening instruments administered by nurses for hospitalized patients - literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(4), 1167–1178. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0028>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade [Master's thesis.] Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº16).
- Silva, B. C., Martins, G. D. S. M., Silva, M. R. L., Chaves, R. G. R., Silva, A. R. A., & Ferreira, R. K. A. (2021). A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Facit Business and Technology Journal*, 1(31). ISSN 2526-4281. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/1260-3868-1-PB.pdf
- Sousa, M. A. S. de, Nascimento, G. C., Bim, F. L., Oliveira, L. B. de, & Oliveira, A. D. da S. (2018). Infecções Hospitalares Relacionadas A Procedimentos Invasivos Em Unidades De Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 3(3). <https://doi.org/10.26694/repis.v3i3.4251>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27976489>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients:an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

APÊNDICES

APÊNDICE I - POSTER “ABORDAGEM À VÍTIMA DE TRAUMA”



**APÊNDICE II – Poster “ABORDAGEM AO DOENTE QUEIMADO NA SALA DE
EMERGÊNCIA”**

Abordagem ao Doente Queimado na Sala de Emergência

A Via Aérea

- Permeabilidade via aérea

B Ventilação

- Padrão respiratório
- Expansão torácica
- Frequência Respiratória
- SpO2
- Integridade dos Tecidos

C Circulação e Controlo da Hemorragia

- Monitorização
- Acesso Venoso Periférico/Catéter Venoso Central
- Fluidoterapia Lactato de Ringer
- Hemorragias Ativas

D Disfunção Neurológica

- Escala Coma Glasgow
- Glicémia Capilar

E Exposição

- Expor toda a superfície corporal
- Calcula a % de Superfície Corporal Queimada (SCQ)
- Queimaduras – **Arrefecer e Proteger** com lençóis esterilizados
- Algaliar (Monitorizar débito Urinário)
- Avaliar Temperatura Corporal – **Aquecer o doente**
- Controlar a Dor

Queimadura Inalatória

Rouquidão

Cílios queimados

Dispneia

Confusão

Expetoração com fuligem

Queimadura da face

Fórmula de Parkland

$2 \text{ a } 4 \text{ ml} \times \%SCQ \times \text{Peso (Kg)}$

50% administrados nas primeiras 8 horas e 50% nas 16 horas seguintes

Reposição Volémica

Regra de Wallace



Risco de Hipotermia

Promover Jejum

Avaliar necessidade de sedação anestésica e entubação orotraqueal

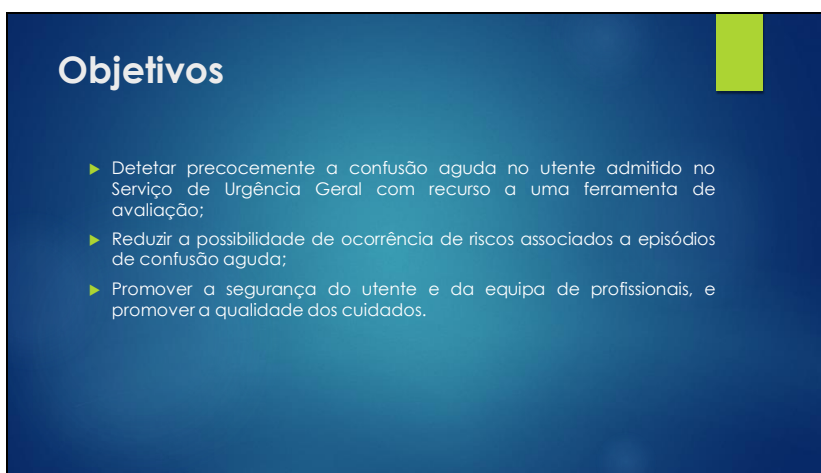
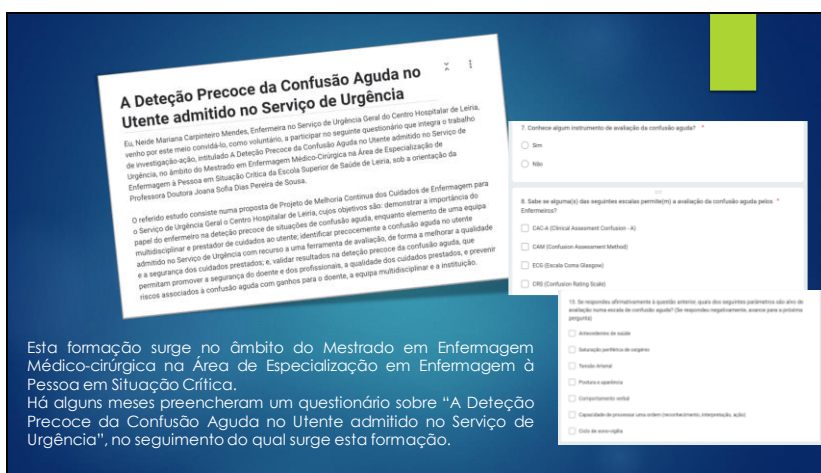
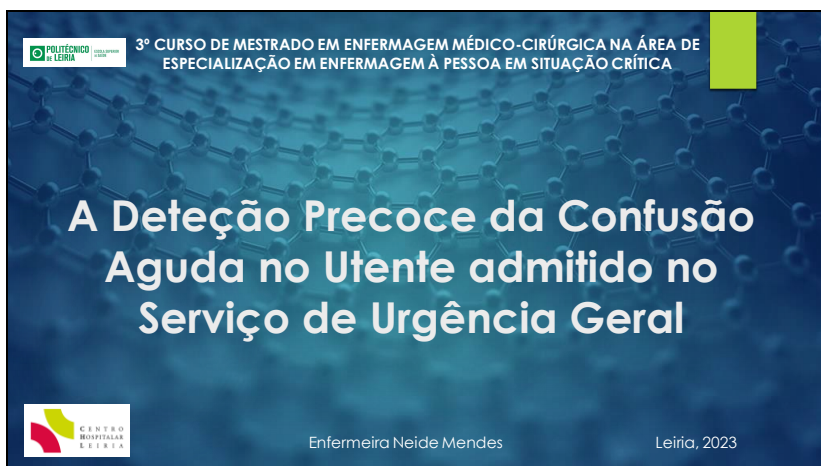
Registar soro administrado e débito urinário

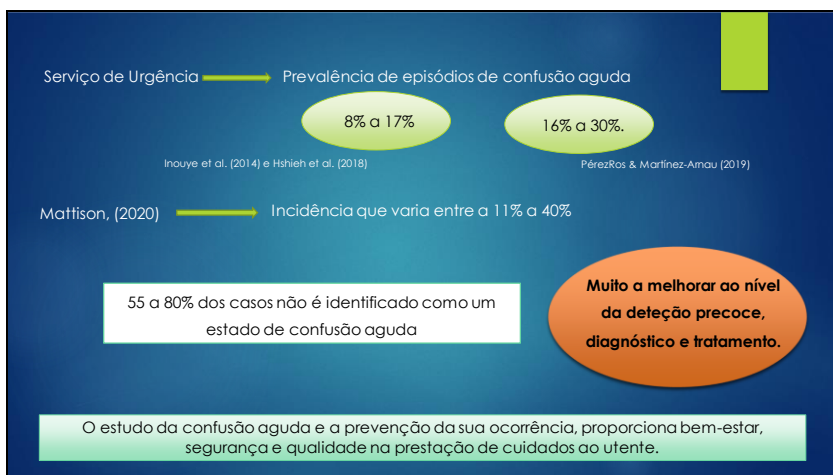
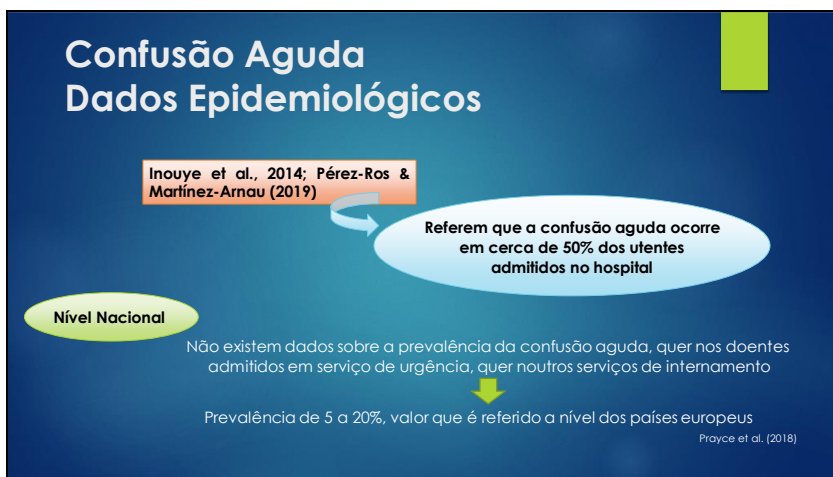
Não perder tempo!!!

Trabalho elaborado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médica-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Leiria pela Enfermeira Neide Mariana Carpinteiro Mendes sob orientação dos Enfermeiros Cláudio Botelho e Luís Ribeiro.

Bibliografia Bibliográfica:
Campbell, C., Nash, M., (2016) (Ed.) Atendimento Traumático ao Paciente em Emergência. Case Protocols (3rd ed.). Pearson Education.
Hess, M., (2017) (Ed.) Burns, S. L. Burns, S. L., Burns, S. L., (Eds.). (2017). Abordagem global do paciente queimado: uma abordagem baseada em evidências. Elsevier.
Chaves, L. S., Mendes, N. P., & Gonçalves, L. P. (2018). Abordagem de emergência em queimados: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 1-10.

**APÊNDICE III – Formação sobre a temática “A Detecção Precoce da Confusão Aguda
no Utente admitido no Serviço de Urgência Geral”**





Existe ainda alguma incongruência na sua definição, pelo que diferentes autores usam diferentes conceitos para definir a confusão aguda...

- Confusão Aguda
- Delirium
- Estado Confusional Agudo



Enquadramento Teórico



<https://www.saude.com.br/noticias/detalhe/noticia/delirium-e-a-mesma-coisa-que-delirio/>



<https://www.willianrezende.com.br/delirium-acelera-o-declinio-cognitivo/>

A confusão aguda pode definir-se como,...

Estado de início repentino, que se desenvolve num curto espaço de tempo, e caracteriza-se por alterações flutuantes a nível da consciência, capacidade de atenção, percepção e cognição, com repercussões a nível do ciclo de sonvigília e alterações no comportamento psicomotor.

Marques et al. (2013), Sousa et al. (2019), Prayce et al. (2018), Hsieh et al. (2018)

"distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses e caracteriza-se por agitação, alteração na função cognitiva, alteração na função psicomotora, alteração no nível de consciência, alucinações, incapacidade de iniciar comportamento voltado a uma meta, incapacidade de iniciar um comportamento intencional, inquietação, percepções incorretas"

NANDA (2018, p. 480)

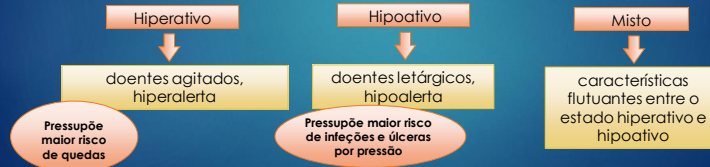
Perturbação do nível de consciência com défice de atenção e distúrbio da cognição ou percepção, num curto período.

American Psychiatric Association, 2015

De início agudo, a confusão aguda caracteriza-se por desatenção, alteração do nível de consciência e cognição, podendo surgir episódios de desorientação, e alterações da memória ou da linguagem.

Inouye et al., 2014

Pode manifestar-se de três formas:



A etiologia da confusão aguda depende de uma conjugação entre características do indivíduo, como o género e a idade, a situação clínica (ocorrência de infeções urinárias ou enfarte agudo do miocárdio), e as características do meio envolvente, como o ruído, ou a necessidade realização de manobras invasivas

Prayce et al., 2018

De etiologia multifatorial, vários autores distinguem dois tipos de fatores que podem originar confusão aguda, os predisponentes, não passíveis de ser modificados, relacionados com o doente e a sua situação clínica, previamente existentes e que aumentam a vulnerabilidade, e os precipitantes, modificáveis, relacionados com o meio envolvente e com eventos agudos que potenciam o início de um quadro de confusão. Importa reconhecer estes últimos no sentido de atuar a nível da sua prevenção

Billig et al., 2022; Ferreira et al., 2020; Mattison, 2020b; Prayce et al., 2018

A identificação do problema requer uma avaliação cognitiva e observação clínica astuta

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades (doença cardíaca, pulmonar, hepática, renal ou cerebral); • Alteração pré-existente da visão ou audição; • Doença paliativa; • Demência prévia; • idade superior a 65 anos; • Género masculino; • Dor crónica; • Desnutrição; • Alcoolismo; • Depressão; • Histórico de violência; • Episódio prévio de delirium; • Polifarmácia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infeção; • AVC; • Enfarte agudo do miocárdio; • Dor aguda; • Trauma; • Pós-operatório de grandes cirurgias; • Desidratação; • Distúrbios eletrolíticos; • Hipo/hiperglicémia; • Retenção urinária/obstipação; • Contenção física; • Privação do sono; • Iluminação artificial; • Ruído; • Isolamento familiar; • Presença de dispositivos como a sonda vesical; • Administração de medicamentos psicoativos ou sedativos hipnóticos; • Intoxicação.

Billig et al., 2022; Ferreira et al., 2020; Mattison, 2020b; Prayce et al., 2018



A Confusão Aguda...

- Corresponde a cerca de 14% a 56% dos utentes admitidos no hospital;
- Aumento do risco de queda;
- Aumento do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão;
- Elevadas taxas de mortalidade e morbilidade;
- Declínio cognitivo e funcional permanente;
- Aumenta 3 a 5 vezes o risco de desenvolver infeções nosocomiais;
- Aumento de readmissões hospitalares;
- Maior dificuldade na recuperação da saúde/autonomia;
- Aumento do tempo de internamento;
- Maior necessidade de dependência de cuidados de terceiros após a alta clínica.

Marques et al., 2013; Mattison, 2020

Existem várias escalas que permitem identificar e avaliar o risco de desenvolver confusão aguda, entre as quais:

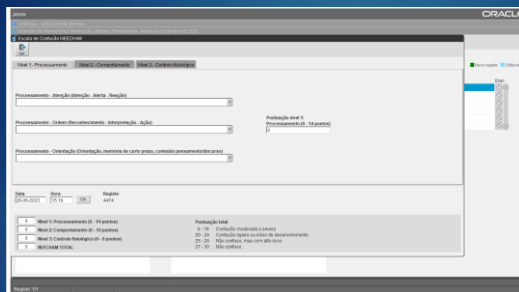
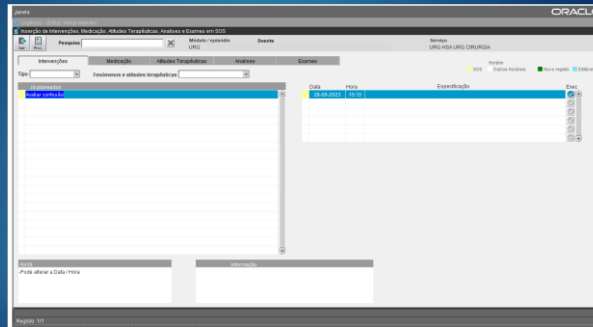
- ▶ CAC-A (Clinical Assessment Confusion - A)
- ▶ CAM (Confusion Assessment Method)
- ▶ CRS (Confusion Rating Scale)
- ▶ CSE (Confusion State Evaluation)
- ▶ DOS (Delirium Observation Scale)
- ▶ **NeeCham Confusion Scale (NeeCham Confusion Scale)**
- ▶ Mini Mental Status Examination (MMSE)
- ▶ Nurses Delirium Screening Checklist (Nu-DESC)
- ▶ Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
- ▶ Entre outras

Mattison, 2020; Prayce et al., 2018; Ševčíková et al., 2019

Escala de NeeCham

- Escala observacional;
- Elevada sensibilidade e especificidade;
- Usada exclusivamente por Enfermeiros;
- Dividida em 3 categorias, processamento, comportamento, controlo fisiológico;
- Score que varia de 0 (resposta mínima) a 30 (função normal);
- Score inferior a 25, é diagnóstico de confusão aguda;
- Traduzida e validada em Portugal desde 2011.
- Parametrizada no software SClínico®.

- Vamos começar...



- São avaliadas 3 categorias:
- Processamento
 - Comportamento
 - Controlo Fisiológico

Processamento

Avalia a atenção e estado de alerta do doente, a capacidade de responder a uma ordem, agir perante um comando, e avalia a orientação e memória a curto prazo.

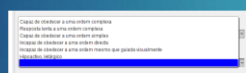
Processamento

Atenção



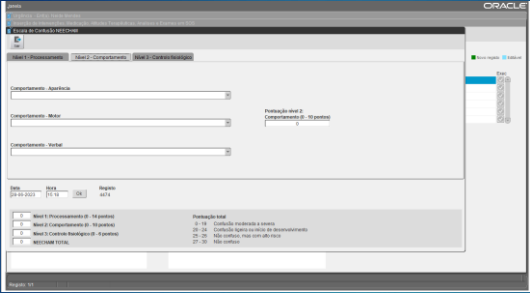
Em cada subcategoria, escolher a opção que melhor caracteriza o doente naquele momento...

Ordem



Orientação





Comportamento

Foca-se na atividade do doente, avaliando o controlo da sua aparência, o comportamento motor e o comportamento verbal.

Comportamento

Aparência

Confirma e controla, mantém a aparência, higiene
 Procura a aparência adequada
 Procura a higiene adequada

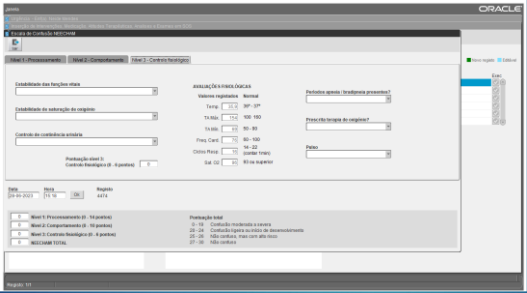
Motor

Comportamento motor normal
 Comportamento motor anormal da hiperálgico
 Movimento anormal
 Movimentos musculares, atáxicos
 Movimentos involuntários

Verbal

Uma palavra de forma adequada
 Não se dá a entender
 Discursos incoerentes
 Discursos ininteligíveis
 Discursos adequados

Em cada subcategoria, escolher a opção que melhor caracteriza o doente naquele momento...



Controlo Fisiológico

Implica a avaliação da estabilidade das funções vitais: saturação de oxigénio, continência urinária, características do pulso e respiração, e avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, ciclos respiratórios e temperatura corporal.

Controlo Fisiológico

Em cada subcategoria, escolher a opção que melhor caracteriza o doente naquele momento...

Os sinais vitais aparecem automaticamente e correspondem à última avaliação

AValiaçãoS FISIOLóGICAS

Valores registados: Normal

Tensão: 150/90 90-120*

Tax. Card: 75 60-100

Tax. Resp: 15 (contar 1 min)

Sat. O2: 95 92 ou superior

Estabilidade das funções vitais

1. O doente mantém as funções vitais dentro dos parâmetros normais.

2. O doente apresenta alterações das funções vitais.

3. O doente apresenta alterações graves das funções vitais.

Períodos de apneia/bradipneia presentes?

1. Não.

2. Sim.

Estabilidade de saturação de oxigénio

1. O doente mantém a saturação de oxigénio dentro dos parâmetros normais.

2. O doente apresenta alterações da saturação de oxigénio.

3. O doente apresenta alterações graves da saturação de oxigénio.

Prescrita terapia de oxigénio?

1. Não.

2. Sim.

Controlo da Continência Urinária

1. O doente mantém o controlo da continência urinária dentro dos parâmetros normais.

2. O doente apresenta alterações da continência urinária.

3. O doente apresenta alterações graves da continência urinária.

Pulso

1. Regular.

2. Irregular.

O preenchimento de todos estes parâmetros traduz-se num score que pode variar entre 0 (resposta mínima) e 30 (função normal)

0 – 19	Confusão aguda a moderada
20 – 24	Confusão leve
25 – 26	Risco de confusão
≥ 27	Estado normal

Asharian et al., 2019; Mulkey et al., 2018; Polkajärvi et al., 2017

Com base no score obtido com a aplicação da Escala de NeeCham, poderá concluir-se se o doente tem risco de desenvolver um quadro de confusão aguda, e assim, adotar estratégias e intervenções que permitam prevenir os riscos associados, no sentido de promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O tratamento ideal do doente confuso consiste na prevenção de riscos associados, assente numa abordagem multidisciplinar que tem por base medidas não farmacológicas e farmacológicas (Prayce et al., 2018).

É no âmbito das intervenções não farmacológicas que o profissional de enfermagem desempenha um papel fundamental com base em intervenções próprias da sua profissão. As intervenções autónomas de enfermagem compreendem as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, com base em contributos da investigação em enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1998).

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde – Norma 021/2011. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. <https://www.dgs.pt/directivas-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0212011-de-06062011-pg.aspx>
- Hsieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2018). Delirium in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Sacczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60888-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60888-1)
- International Council of Nurses. (2017). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPeB) Versão 2. www.ordemdosenfermeiros.pt
- Larkin, B. G., & Burton, K. J. (2008). Evaluating a Case Study Using Bloom's Taxonomy of Education. *AORN Journal*, 88(3), 390–402. <https://doi.org/10.1016/j.jaon.2008.04.020>
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27–32. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTERNMED.2007.4>
- Marques, P., Cruz, S., & Marques, M. (2013). Conceito de delírium versus confusão aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 10), 161–169. <https://doi.org/10.12707/RE11228>
- Mathison, M. L. P. (2020). Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 173(7), ITC49–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
- Hardman, L. H., & Kamiburu, S. (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I – Definições e classificação (11ª edição). <https://www.positivo.com.br/uploads/fotos/11492.pdf>
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 3), 105–112. <https://doi.org/10.12707/RE11052>
- Pérez-Ros, P., & Martínez-Arnau, F. (2019). Delirium Assessment in Older People in Emergency Departments. A Literature Review. *Diseases*, 7(1), 14. <https://doi.org/10.3390/diseases7010014>
- Prayce, R., Quaresima, F., & Neto, J. G. (2018). Delirium: O 7o Parâmetro Vital? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Saeger, A.; Feyz, B. – SHIKAWA DIAGRAM: Triad, Early Problem Management & Marking: 30 minutos, 2018
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no rastreio e diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240. <https://doi.org/10.20344/amp.888>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. <https://doi.org/10.19131/rpsm.10263>

Obrigado!

APÊNDICE IV – Questionário de Recolha de Dados (*Google Forms*®)

A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência

I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade (anos): _____

2. Género: Feminino Masculino

II. CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

3. Habilitações Académicas (maior grau académico concluído até ao momento):

- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

4. Categoria Profissional: Enfermeiro(a) Enfermeiro(a) Especialista

5. Tempo de Experiência Profissional (anos completos): _____

6 Tempo de exercício profissional no serviço de Urgência Geral (anos completos): _____

III. CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS

7. Conhece algum instrumento de avaliação da confusão aguda? Sim Não

8. Sabe se alguma(s) das seguintes escalas permite(m) a avaliação da confusão aguda pelos Enfermeiros?

- CAC-A (Clinical Assesment Confusion - A)
- CAM (Confusion Assessment Method)
- ECG (Escala Coma Glasgow)
- CRS (Confusion Rating Scale)
- DOS (Delirium Observation Scale)
- DDS (Delirium Detection Score)
- NeeCham (NeeCham Confusion Scale)
- Não sei

9. Na sua perceção, é importante usar instrumentos que permitam avaliar precocemente a confusão aguda em utentes admitidos no Serviço de Urgência? Sim Não

10. Na sua perceção, a quem considera importante aplicar uma escala de avaliação da confusão aguda?

- Utente institucionalizado
- Idade superior a 65 anos
- Utentes com défices sensoriais
- Consumo de substâncias psicoativas ilícitas
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Antecedentes de medicação ansiolítica ou psicoativa
- Utente com Demência
- Antecedentes de depressão
- Utentes com agitação psicomotora
- Utentes com desorganização de pensamento
- Dor não controlada
- Antecedentes de queda

11. Em que momentos considera importante realizar a avaliação do risco de confusão aguda no utente admitido no Serviço de Urgência?

- No momento da triagem
- Na primeira avaliação feita pela equipa de enfermagem
- Ao fim de 24 horas de permanência no Serviço de Urgência Geral
- Quando manifesta comportamentos desadequados

12. Conhece os parâmetros alvos de avaliação numa escala de confusão aguda? Sim Não

13. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, quais dos seguintes parâmetros são alvo de avaliação numa escala de confusão aguda? (Se respondeu negativamente, avance para a próxima pergunta)

- Antecedentes de saúde
- Saturação periférica de oxigénio
- Tensão Arterial
- Postura e aparência
- Comportamento verbal
- Capacidade de processar uma ordem (reconhecimento, interpretação, ação)
- Ciclo de sono-vigília

14. Sabe se está alguma escala de avaliação da confusão aguda parametrizada no SClínico?

- Sim Não

15. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual das seguintes escalas está parametrizada no SClínico? (Se respondeu negativamente, avance para a próxima pergunta)

- CAM
- NeeCham
- DOS

16. Considera benéfica a utilização de uma escala de avaliação da confusão aguda na melhoria da qualidade dos cuidados? Sim Não

17. Na sua perceção, a deteção precoce da confusão aguda poderá prevenir ou evitar situações de risco, que afetam a segurança do utente? Sim Não

18. Que riscos associados à confusão aguda podem ser prevenidos se aplicada uma escala de avaliação da mesma?

- Risco de queda
- Risco de úlcera por pressão
- Aumento do tempo de internamento
- Risco de agressão a terceiros
- Risco de fuga
- Remoção de dispositivos médicos
- Aumento da morbilidade
- Aumento dos custos de internamento

Obrigado pela colaboração!

**APÊNDICE V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em
investigação**

Caro (a) enfermeiro (a)

O presente projeto de investigação surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e trata-se de um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem. Tem como título “A Detecção Precoce da Confusão Aguda no Utente admitido no Serviço de Urgência”.

A temática do projeto incide na utilização, por parte da equipa de enfermagem, de uma ferramenta de avaliação que permite a identificação precoce de possíveis situações de desenvolvimento de confusão aguda. É uma ferramenta já parametrizada no sistema informático Sclínico®. Será aplicada aos utentes admitidos no Serviço de Urgência Geral, com vista à prevenção de complicações associadas à confusão aguda e promoção da melhoria dos cuidados prestados. É uma prioridade para o Centro Hospitalar de Leiria (CHL), em termos de qualidade, a prevenção de complicações associadas à confusão aguda, na medida em que melhora a qualidade dos cuidados prestados, promove a segurança dos utentes, e reduz os custos hospitalares associados. Os principais objetivos deste trabalho de investigação são contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com risco de desenvolver episódio de confusão aguda e reduzir o número de complicações associadas. Não sendo realizado nenhum tipo de avaliação ou monitorização de situações de confusão aguda, apesar da sua ocorrência frequente, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente com elevado risco de desenvolver um episódio de confusão aguda. Será usado como instrumento de colheita de dados um questionário que será preenchido pelos enfermeiros do serviço de Urgência Geral. O questionário, com o devido consentimento informado, será aplicado em dois momentos distintos: antes da realização de uma formação em serviço e após a realização da mesma, de forma a permitir identificar diferenças de resultados. O questionário será composto por um conjunto de questões que permitem avaliar conhecimentos sobre a confusão aguda, assim como a importância da sua deteção precoce na qualidade de cuidados e prevenção de riscos.

O projeto de investigação terá a duração de aproximadamente de 10 meses. O tratamento de dados será feito com recurso ao programa SPSS e os resultados serão usados para fins estatísticos. É um estudo de carácter voluntário, pelo que o não preenchimento ou ausência de assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido implica a sua exclusão neste estudo. A assinatura do presente documento tem de ser feita em duplicado, ficando o colega com uma das cópias do consentimento, mantendo-se o seu anonimato e confidencialidade dos dados. O participante, para os quais não existem quaisquer tipos de risco ou danos, pode em qualquer altura desistir, não havendo qualquer tipo de consequências. Os dados serão guardados até ao período de discussão do projeto, que está previsto para setembro de 2023. Informo que o estudo mereceu o Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria, EPE e autorização do Centro de Investigação da instituição, assim como do Conselho de Administração.

Serei eu, Neide Mariana Carpinteiro Mendes, a encarregada de proteção de dados, com vista ao cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do RGPD. Para o esclarecimento de quaisquer dúvidas pode contactar o número 914743278 ou o endereço de email neidmcmendes@gmail.com.

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Neide Mariana Carpinteiro Mendes	Serviço/Departamento: Urgência Geral
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional: 68376
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: neide.mendes@xxxxx.pt	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data: _____ Assinatura(s): _____

ANEXOS

ANEXO I - Parecer favorável da Comissão de Ética



Comissão de Ética


Ref. CE – Nº 9/23


Exma. Senhora
Enf.ª Neide Mariana Carpinteiro Mendes
Serviço de Urgência Geral



Leiria, 17 de janeiro de 2023

Assunto: Trabalho Académico - A deteção Precoce da Confusão Aguda no utente admitido no Serviço de Urgência Geral

A Comissão de Ética do  vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 05.01.2023 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Neide Mariana Carpinteiro Mendes, a exercer , para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado "A deteção Precoce da Confusão Aguda no utente admitido no Serviço de Urgência Geral". Este estudo será para realizar no Serviço de Urgência Geral, tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão nada tem a opor à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

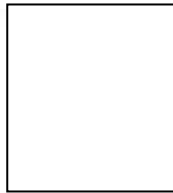
Com os melhores cumprimentos,



Presidente



ANEXO II - Autorização do Centro de Investigação e do Conselho de Administração



CI - Centro de Investigação
Ref.º 10/2023

CA
AS

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração



23.02.23
Conselho de Administração
Presidente:
Alexandre Borges
Vogal Executiva:
Salvato Fajó
Diretor Clínico:
Estêlia Fazi
Enf.ª Diretora:

Leiria, 17 de janeiro de 2023

Assunto: Estudo de grau académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado "A deteção Precoce da Confusão Aguda no utente admitido no Serviço de Urgência Geral", submetido pela Enf.ª Neide Mariana Carpinteiro Mendes, a exercer funções no

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

Este estudo será realizado no Serviço de Urgência Geral e tem como objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com risco de desenvolver episódio de confusão aguda e reduzir o número de complicações associadas à confusão aguda.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 01 de 2023.01.05. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

Recebi 2023.01.18 Psc.

Rua das Ciências
Pórcos, 2012 - 1107 Leiria
Telefone: 244917000; Ext. 4002/4003; Fax: 244917387
Email: GATO@chleiria.min-saude.pt
www.chleiria.pt

Origina CI 02/10/23

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



