



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Estágio com Relatório Final em contexto de urgência /cuidados
intensivos**

Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos
com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática

Ana Catarina Marques Carvalho

Viseu, março de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Estágio com Relatório Final em contexto de urgência/ cuidados intensivos

Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática

Ana Catarina Marques Carvalho

Trabalho efetuado sob orientação do

Professor Doutor Eduardo Santos

Viseu, março de 2025

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

Agradecimento

Este trabalho escrito é o culminar de meses de esforço e dedicação pessoal para concretizar o objetivo de ampliar conhecimento na área dos cuidados de enfermagem ao doente crítico. Não teria sido possível sem o apoio fundamental da minha família, que esteve sempre ao meu lado, oferecendo-me o amparo e a motivação necessários para continuar.

Um agradecimento ao Professor Eduardo Santos pela orientação e compreensão neste percurso desafiante, mas extremamente enriquecedor.

A cada um dos meus tutores, um muito obrigada, pelo conhecimento partilhado, pela competência, pela humanidade, pela excelência, serão sempre referências para mim.

À minha filha, a minha maior inspiração.

Ao meu avô, sei que estarias orgulhoso.

Resumo

Introdução: A enfermagem no doente crítico envolve a prestação de cuidados altamente especializados a doentes cuja vida está em risco devido à falência ou iminência de falência de funções vitais. Uma abordagem baseada nas melhores e mais recentes evidências científicas é crucial para otimizar a qualidade dos cuidados prestados em contextos de tão elevada complexidade.

Objetivo: O principal objetivo deste relatório é apresentar uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso formativo realizado, abordando tanto a experiência clínica adquirida nos estágios como a investigação desenvolvida. O delírio é uma síndrome neurocognitiva que afeta os domínios da atenção, cognição e consciência, resultante de um distúrbio sistémico e de causa multifatorial, com uma relevância incontornável no doente crítico.

Métodos: Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: Parte I, onde foi realizado o enquadramento das competências comuns e específicas de enfermagem médico-cirúrgica, adquiridas nos estágios em contexto de urgência e de cuidados intensivos bem como as atividades desenvolvidas e Parte II, que incorpora a componente de investigação e apresenta o estudo intitulado "Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática"

Resultados: Os cuidados de enfermagem ao doente crítico, nomeadamente com delírio exigem aos profissionais o desenvolvimento de novas competências, pela complexidade dos fatores envolvidos. O impacto do delírio é decisivo na pessoa em situação crítica, na família, nos profissionais e nas organizações a sua gestão constitui um desafio na prática clínica diária. A revisão da literatura realizada revela e sugere a necessidade de mais estudos para fundamentar o uso do haloperidol como estratégia preventiva eficaz.

Conclusão: A experiência adquirida ao longo do percurso académico permitiu aprofundar os conhecimentos e as competências necessárias para a melhor intervenção junto da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: delírio; investigação; cuidados de enfermagem; pessoa em situação crítica; estágio

Abstract

Introduction: Nursing in the critically ill involves providing highly specialized care to patients whose lives are at risk due to the failure or imminent failure of vital functions. An approach based on the best and most recent scientific evidence is crucial to optimizing the quality of care provided in such highly complex contexts.

Objective: The main aim of this report is to present a critical and reflective analysis of the training programme, covering both the clinical experience acquired during the internships and the research carried out. Delirium is a neurocognitive syndrome that affects the domains of attention, cognition and consciousness, resulting from a systemic disorder with a multifactorial cause, with an unavoidable relevance in critically ill patients.

Methods: This work is structured in two parts: Part I, which provides a framework for the common and specific medical-surgical nursing competences acquired during the emergency and intensive care internships, as well as the activities carried out; and Part II, which incorporates the research component and presents the study entitled 'Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients at high risk of delirium: a systematic review'.

Results: Nursing care for the critically ill patient, particularly with delirium, requires professionals to develop new skills due to the complexity of the factors involved. The impact of delirium is decisive for the critically ill person, their family, professionals and organisations, and its management is a challenge in daily clinical practice. The literature review carried out reveals and suggests the need for further studies to support the use of haloperidol as an effective preventative strategy.

Conclusion: The experience gained during my academic career has enabled me to deepen the knowledge and skills necessary for the best intervention with people in critical situations.

Keywords: delirium; investigation; nursing care; critically ill; internship

Sumário

	Pág.
Lista de figuras	11
Lista de tabelas	12
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	13
Introdução	15
PARTE I Componente de estágio	17
1. O contexto de aprendizagem	19
1.1. Estágio em contexto de urgência	19
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos	21
2. Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista	25
2.1. Demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal	25
2.2. Colaborar na melhoria contínua da qualidade	27
2.3. Colaborar na gestão e cuidados	32
2.4. Demonstrar desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica	37
3.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	37
3.2 Dinamizar a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	42
3.3 Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	43
Conclusão	47
PARTE II Componente de Investigação	49
Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática	53
Considerações finais	68
Referências Bibliográficas	69

Apêndices	75
Apêndice I – Projeto Individual de Estágio (SU).....	77
Apêndice II - Projeto Individual de Estágio (SMI)	87
Apêndice III – Medicação de Alta Vigilância, de Alerta Máximo e LASA	99
Apêndice IV - Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência	116

Lista de figuras

Figura 1 - Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo	59
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa	56
Tabela 2 - Critérios de inclusão	57
Tabela 3 - Características e especificidades dos estudos incluídos Erro! Marcador não definido.	
Tabela 4 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo incluído (RCT).....	61
Tabela 5 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo incluído (Coorte)	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Índice Bispectral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit</i>
CMEMC-ESPC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth edition</i>
ECMO	Oxigenação por Membrana Extracorporal
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
HG	Hospital Geral
HUC	Hospital da Universidade de Coimbra
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
MAM	Medicação de Alerta Máximo
MAV	Medicação de Alta Vigilância
NAS	Nursing Activities Score
NEWS	National Early Warning Score
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
PIC	Pressão Intracraniana
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral
PRISMA	<i>Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses</i>
PRN	<i>Pro re nata</i>

PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	<i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SE	Sala de Emergência
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SU	Serviço de Urgência
SPICI	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos
TSRC	Técnica de Substituição Renal Contínua
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
UP	Úlceras por pressão
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, inserida no terceiro semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMC-ESPC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi proposta a elaboração do presente trabalho escrito sob orientação do docente responsável, o Professor Doutor Eduardo Santos.

A experiência profissional adquirida ao longo de quase duas décadas de trabalho possibilitou-me o desenvolvimento do pensamento reflexivo para uma tomada de decisão consciente, fundamentada e intencional o que fez com que partisse deste ponto para rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem numa área que sempre me despertou bastante interesse, apropriando-me do conhecimento adquirido ao longo deste percurso formativo.

A seleção do primeiro local de estágio foi uma escolha difícil, mas o potencial para crescer com o desafio foi decisivo na escolha e, desta forma, elegi o Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde (ULS) Coimbra como local de estágio em contexto de urgência. Este é um SU Polivalente, “o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência” (Despacho nº. 10319/2014), que se destaca pela abrangência das suas valências e pela dotação dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos, configurando-se um centro de referência dos Serviços de Urgência Básica e Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, apresentando uma extensa área de afluência da zona centro, o que contribui, inevitavelmente para a existência de um número elevado de situações complexas de cuidado à pessoa em situação crítica (PSC).

Já a escolha do segundo local de estágio foi uma escolha previsível, pela qualidade que lhe é reconhecida. Também na ULS Coimbra, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) é o serviço mais diferenciado para assumir a responsabilidade dos cuidados à pessoa em situação crítica (PSC), suportando, prevenindo e revertendo falências orgânicas. Caracteriza-se por um ambiente específico, complexo e tecnológico, com a permanência de doentes com significativo risco de vida (OE, 2018) e daqui emerge um grande desafio: manter o doente no centro dos cuidados, garantindo que o uso da tecnologia não substitua o toque, a escuta e o cuidado pleno ao doente. Conciliar a mais-valia que é a tecnologia com a humanização dos cuidados, resultará sem dúvida em cuidados de enfermagem de excelência.

Entenda-se PSC como aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência da falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, sendo os cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco

imediatamente como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, esta pode surgir de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe que coloque a pessoa em risco de vida (Regulamento nº 429/2018).

A composição da primeira parte deste relatório tem por base uma metodologia descritiva e reflexiva, alicerçada nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e tendo como ponto de partida os projetos de estágio realizados, pesquisa bibliográfica e o percurso de aprendizagem vivido. Tem, por isso, como principais objetivos descrever as atividades desenvolvidas a fim de cumprir os objetivos propostos, refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas bem como sobre as estratégias para maximizar as oportunidades de aprendizagem e superação de dificuldades. Uma abordagem crítica e reflexiva é essencial para integrar a teoria e a prática, promovendo uma aprendizagem contínua e adaptativa. A capacidade de refletir sobre a própria ação, contribui significativamente para o crescimento profissional e a melhoria das práticas. Dessa forma, o referencial de Schön (1983) reforça a necessidade de uma reflexão constante como meio de promover o desenvolvimento profissional e a construção de conhecimentos mais aprofundados a partir da experiência (Oliveira et al., 2023).

A segunda parte deste relatório é constituída por uma revisão sistemática da literatura para dar cumprimento à componente de investigação deste percurso académico, com o título: Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática.

O delírio foi um tema que desde cedo me suscitou curiosidade no meu percurso profissional, tanto com o doente crónico com descompensação aguda, nos meus 13 anos de profissão num serviço de medicina interna como, atualmente nos cuidados ao doente crítico, numa unidade de cuidados intermédios médicos. Pela sua prevalência alta e pelo impacto no doente importa dar a melhor atenção a esta problemática com o objetivo de minimizar os seus efeitos negativos conhecidos, como o aumento do risco de complicações, aumento do tempo de internamento, sobrecarga familiar, aumento da mortalidade, aumento dos custos hospitalares, entre outros.

Este trabalho foi redigido segundo as orientações do Guia orientador de trabalhos escritos da ESSV (2024).

PARTE I
Componente de estágio

1. O contexto de aprendizagem

No presente relatório são descritas e refletidas experiências de aprendizagens adquiridas durante a componente de estágio, realizada num SU e num SMI. Ambos os cenários, embora distintos nas suas dinâmicas e especificidades, proporcionaram um ambiente rico em desafios e oportunidades de crescimento profissional e pessoal. O SU marcado pelo seu contexto de imprevisibilidade e pela necessidade de tomada de decisões rápidas e assertivas, exigindo não apenas conhecimentos técnicos sólidos, mas também habilidades de comunicação, gestão de stress e trabalho em equipa, essenciais para lidar com situações de elevada complexidade e pressão. Por outro lado, o SMI, centrado na prestação de cuidados especializados a doentes críticos, num ambiente onde a monitorização contínua e a intervenção multidisciplinar são fundamentais e onde as situações reais que se vivenciam desafiam e complementam a componente teórica.

Ambos os estágios decorreram na ULS Coimbra que define como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade, centrados nas pessoas de forma a melhorar a saúde e bem-estar da sua área de abrangência. Os seus valores fundamentam-se nos cuidados centrados na pessoa, na dignidade humana, na satisfação profissional, na acessibilidade, na empatia e na excelência (ULS Coimbra, 2024).

1.1. Estágio em contexto de urgência

O SU enquadra-se num modelo de atendimento organizado de triagem – Triagem de Prioridades de Manchester – realizada pelo enfermeiro que, avalia a gravidade do estado clínico, de acordo com fluxogramas e discriminadores pré-definidos e reconhecidos internacionalmente. Em termos gerais, um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Com este processo sistemático a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão. “O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica” (Grupo Português de Triagem, 2021). Saliento que, com o intuito de promover práticas seguras, a triagem não é realizada por períodos superiores a 4 horas pelo mesmo enfermeiro, tal como refere a Direção Geral de Saúde (DGS) na norma nº002/2018.

A tomada de decisão clínica em enfermagem na ULS Coimbra e, conseqüentemente no SU é baseada nos seguintes Modelos Teóricos de Enfermagem: Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Pina Queirós et al., 2014), a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Santos et al., 2015) e o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Henriques, & Santos, 2019).

A área de abrangência da ULS é vasta, contando com 21 concelhos da zona centro do país, através de uma rede de prestadores composta por 8 unidades hospitalares e 26 centros de saúde. Relativamente ao SU possui 3 polos: Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); Hospital Geral (HG); e Urgência Básica Arganil. Tal como preconizado no Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde, o SU do Pólo A tem integrada uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), um Centro de Trauma e um Heliporto.

À data da realização deste relatório, o SU conta com 160 enfermeiros, destes, menos de metade são especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC e ainda se encontra com obras de ampliação e reorganização do seu espaço físico. As áreas de prestação de cuidados eram organizadas por áreas de especialidades médicas, independentemente da prioridade atribuída pela Triagem de Manchester, no entanto, com o término das obras de reestruturação, prevê-se uma reorganização estrutural direcionada para uma organização centrada na prioridade atribuída na triagem de acordo com cinco níveis de prioridade, associados a cores e tempos de resposta (emergência: vermelho - 0 minutos, laranja: muito urgente - 10 minutos, amarelo: urgente -60 minutos, verde: pouco urgente – 120 minutos, azul: não urgente – 240 minutos).

A organização de um SU é fundamental para otimizar respostas em tempo útil, por conseguinte é essencial a existência de um enfermeiro especialista coordenador de turno e de enfermeiros especialistas responsáveis de setor. O SU é, neste momento, constituído pelas seguintes áreas de trabalho: Coordenação, Triagem, Área Médica Amarela/Laranja – macas, Área Médica Amarela/Laranja - autónomos, Área Verde, Sala de Emergência (SE), Ortopedia, Área Cirúrgica (A e B) e Informações. Posso afirmar ter alcançado o meu primeiro objetivo geral perspectivado também com a realização de pelo menos um turno em cada área de cuidados deste SU.

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual, que tem vantagens como a personalização e responsabilização dos cuidados e o aumento da segurança e qualidade dos mesmos, em substituição do método de trabalho à tarefa, sendo esta mudança relativamente recente e impulsionada pela alteração estrutural e organizacional do SU.

O sistema de informação em enfermagem utilizado é o SClínico - módulo de Urgência, que apesar da sua utilização mais ou menos recente, os profissionais de enfermagem dominam e não descuram, tanto na consulta como na atualização do plano de cuidados do doente.

Ainda com o objetivo de conhecer e integrar a dinâmica organizacional e funcional do SU e a sua estrutura física, foi realizada uma reunião inicial com a Enfermeira Gestora com

visita às instalações do serviço, nomeadamente o percurso pelas áreas ainda em obras, podendo perceber a dimensão e a potencialidade das mesmas. Foi possível compreender e identificar as diferentes áreas, circuitos e alocação dos doentes; compreender a distribuição de recursos humanos de acordo com a diferenciação de cuidados prestados; identificar os equipamentos e recursos materiais existentes, tendo em conta o seu armazenamento, manutenção, limpeza, esterilização e reposição o que facilitou a integração na equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, potenciando também a minha adaptação e autonomia enquanto estudante.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos

Um SMI constitui um contexto de prática clínica que de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, lhe confere uma classificação de Unidade de Nível III, com equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista em presença física permanente e com a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários (Paiva et al., 2017).

O SMI da ULS Coimbra tem como objetivo a prestação de cuidados diferenciados, garantindo resposta a doentes com patologia do foro médico, cirúrgico, trauma e neurocrítico, que requerem necessidades de monitorização e vigilância contínua e rigorosa. Avaliza a assistência imediata e qualificada 24 horas por dia, 7 dias por semana. Quanto à sua estrutura física, encontra-se dividida em 3 unidades, distribuídas por 3 pisos: unidade A (piso +1), unidade B (piso -3) e unidade C (piso -1). Tendo em consideração as diferentes localizações, a alocação dos doentes por unidade de internamento, sempre que possível, obedece à necessidade de cuidados específicos que são previstos para cada doente. A unidade A (piso +1), possui 12 camas, sendo que 10 são dispostas em open space e 2 separadas fisicamente para cumprir medidas de isolamento, quando necessário, podendo uma destas ser dedicada a doentes sob Oxigenação por Membrana Extra Corporal (ECMO) e mais recentemente, uma das unidades de isolamento destina-se especificamente a doentes a realizar tratamento com células CAR-T. Pela sua proximidade ao bloco operatório, dá-se primazia ao internamento nesta unidade do doente neurocrítico e cirúrgico. A unidade B (piso -3), também dispõe de 12 camas distribuídas em open space. Estruturalmente, é a unidade que se encontra mais distante da imagiologia e bloco operatório, e tendo em conta esta condição recebe maioritariamente doentes do foro médico com diferentes patologias. A unidade C (piso -1), possui 8 camas também disponíveis em open space, com a diferença de que se encontra equipada com pressão negativa, mas à data do estágio e tendo em conta as obras de

requalificação nas imediações é uma mais-valia a que não se podia recorrer sob o risco de prejudicar a qualidade do ar na unidade. Todos os pisos contam com áreas não clínicas, para armazenamento de material clínico, hoteleiro e equipamentos, bem como várias salas de apoio com funções distintas.

Também no SMI a tomada de decisão clínica em enfermagem é baseada nos seguintes Modelos Teóricos de Enfermagem: Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Pina Queirós et al., 2014), a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Santos et al., 2015) e o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Henriques, & Santos, 2019). O grupo institucional responsável pelos Sistemas de Informação em Enfermagem é uma mais-valia no apoio à melhor documentação no processo clínico do doente.

O sistema de informação em enfermagem utilizado no SMI é o Patient Care, programa este que não conhecia na minha prática clínica, mas com o qual pude contactar ao consultar e registar sempre que necessário ao longo de cada turno. Validei como premissa, durante o meu percurso aqui, que o processo do doente é personalizado, preciso, organizado e acessível. Num ambiente de trabalho tão complexo e exigente os registos nunca são descurados e, mais do que isso, são realizados em tempo útil o que inevitavelmente converge em cuidados de enfermagem de qualidade. Sem dúvida que a organização da unidade do doente contribui para tal, pois cada uma conta com um computador para que os registos sejam feitos à cabeceira do doente assim como a consulta frequente do processo clínico.

Aquando da realização deste relatório, o SMI conta com 120 enfermeiros, destes, 40 são especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC integrando uma equipa multidisciplinar, própria, dedicada e em presença física 24h por dia. Disponibiliza também, 24h por dia, um enfermeiro destacado em presença física, para a equipa de emergência interna, bem como um enfermeiro integrado na equipa multidisciplinar de ECMO, em regime de prevenção.

O rácio enfermeiro/doente, pode ser flexível, no entanto o Regulamento n.º 533/2014 (OE, 2014), onde é feita a referência ao cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda um rácio de 1:2 em unidades de nível III, recomendação esta aplicada no serviço. Outro recurso disponível é a Nursing Activities Score (NAS) que é um sistema de classificação utilizado para medir a gravidade dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos e estimar a carga de trabalho de necessária para prestação de cuidados de enfermagem, o sistema permite quantificar o tempo que os enfermeiros dedicam às suas atividades, sendo uma ferramenta importante para o planeamento e gestão dos recursos humanos.

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual com inúmeras vantagens atestadas, como a personalização e responsabilização dos cuidados e o aumento da segurança e qualidade dos mesmos.

Com o objetivo de conhecer e integrar a dinâmica organizacional e funcional do SMI e a sua estrutura física, foi realizada uma reunião inicial com a Enfermeira responsável pela formação do serviço com posterior visita às instalações do mesmo, o que possibilitou desde este primeiro contato alinhar objetivos realistas e passíveis de concretização. Concomitantemente, o empenho e interesse das tutoras aliados aos meus, em todo o meu processo de integração e de aprendizagem foram essenciais para o sucesso do estágio, durante semanas que foram desafiantes e enriquecedoras. Assim considero cumprido o primeiro objetivo a que me propus, pois também consegui fazer turno em cada uma das unidades do SMI, a fim de conhecer e integrar a dinâmica organizacional e funcional do serviço.

2. Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

No que diz respeito às competências comuns do Enfermeiro Especialista, expressas no Regulamento nº140/2019, considera-se o Enfermeiro Especialista aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados, partilhando um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Ao longo do estágio desenvolvido no SU – Polo A da ULS Coimbra e no SMI da ULS Coimbra procurei desenvolver e aprimorar estes quatro domínios de competências, expostas detalhadamente nos pontos que se seguem, projetados inicialmente como objetivos gerais de estágio. (Apêndice I e II)

2.1. Demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal

A prática de enfermagem é regulada por pilares estruturantes que norteiam o exercício da profissão de enfermagem, expostos em documentos como o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, 2015), o Código Deontológico dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em que se encontra claro que os enfermeiros durante o seu exercício profissional devem adotar uma postura responsável, ética e atuar em consonância com os direitos e interesses dos cidadãos.

A Enfermagem é uma profissão que apresenta uma dimensão ética importante, pois envolve respeito e a proteção da dignidade humana; uma dimensão moral pois é esperado que os profissionais de enfermagem possuam um desempenho competente e de qualidade e uma dimensão deontológica e jurídica onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres (Lucília & Guida, 2022).

No SMI, é necessário ter em consideração que, a PSC, se encontra num meio desconhecido, debilitado, vulnerável e sob sedoanalgesia, ficando dependente dos profissionais para garantir o seu conforto e privacidade (Morais et al., 2021). No sentido de contornar os constrangimentos inerentes à privacidade no SMI, como a nudez do doente e a própria disposição física das camas, a intenção dos profissionais em garantir a intimidade e privacidade do doente sempre foi tónica dos cuidados, mobilizando biombos, gerindo as entradas nas unidades e planeando intervenções de forma mais oportuna. Os cuidados de enfermagem prestados basearam-se também no respeito e valorização do doente a fim de manter a sua dignidade, mesmo com a sua condição física e mental vulneráveis.

O doente tem o direito de receber informações claras, completas e em linguagem acessível sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamentos e prognóstico e este foi um ponto de reflexão, nomeadamente, quando se trata de um doente sedado e ventilado, incapaz

de decidir. Mais uma vez, a família tem um papel fundamental neste processo de saúde/doença e a par dos profissionais de saúde trabalham para o melhor interesse do doente, de forma informada e esclarecida. Aqui o papel do enfermeiro é demonstrado na disponibilidade para acompanhar a família, esclarecer dúvidas ou simplesmente estar presente.

O sigilo profissional é mantido, neste contexto tão específico, com o adequar do tom de voz na passagem de informação entre profissionais ou não partilhando informação privada dos doentes com quem não esteja diretamente envolvido nos cuidados.

Durante vários turnos, prestei cuidados ao Sr. J., um jovem internado no SMI, em ECMO, com um prognóstico muito reservado, o que me permitiu mais uma reflexão ética, será que evitar a distanásia e a obstinação terapêutica não será um ato de respeito à dignidade e à autonomia do doente? A meu ver a decisão de limitar ou interromper tratamentos desproporcionais devia ter sido avaliada pela equipa multidisciplinar responsável pelos cuidados ao doente e incluída a família, para juntos tomarem a melhor decisão. O desfecho foi uma morte, há muito anunciada e uma decisão exclusivamente médica.

A sobrelotação do SU em alguns turnos, também é passível de reflexão, pois poderá estar associada a um aumento do risco de erros médicos, atraso nos tratamentos e conseqüentemente, aumento da mortalidade e, entre outros a um maior gasto financeiro (Silva et al., 2020). Prestar cuidados de qualidade em condições seguras, com privacidade e conforto, pode ser um desafio diário para os profissionais de saúde deste serviço, tendo que desenvolver estratégias alternativas para a prestação de cuidados, como deslocar o utente para áreas com maior privacidade e conforto ou utilizar cortinas e/ou biombos.

Foi tónica do meu percurso o respeito pela autonomia do doente baseando os meus cuidados nos princípios da beneficência e da não maleficência, tendo sempre em conta crenças e valores individuais.

O consentimento em saúde surge como um direito que o doente tem para decidir receber ou recusar determinada prestação de saúde, e como um dever que o profissional de enfermagem deve respeitar e assegurar, algo que pude constatar diversas vezes ao longo deste estágio, nenhum doente capaz de tomar decisões ficava no SU contra a sua vontade.

Conhecer o procedimento de preservação e proteção de vestígios forenses era também um objetivo específico definido por mim e, posso afirmar que consegui na SE assistir à preservação de provas forenses no que, à partida foi descrito como uma tentativa de suicídio com arma de fogo. Neste caso especificamente, a roupa foi retirada de forma a preservar qualquer evidencia e colocada em sacos de papel individualizados, bem como protegidas as mãos com sacos de papel até à chegada da Polícia Judiciária. A preservação de provas

forenses em ambientes de urgência é uma responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e autoridades legais. O conhecimento de protocolos existentes, a colaboração e a formação adequada são fundamentais para garantir que as evidências sejam colhidas e preservadas de maneira eficaz.

Ao longo dos estágios, procurei garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade a todos os utentes, respeitando os princípios éticos, deontológicos e legais da profissão, cumprindo assim o objetivo subjacente.

2.2. Colaborar na melhoria contínua da qualidade

No sentido de dar cumprimento aos objetivos traçados para atingir este ponto foi imprescindível a realização de um “diário de bordo” a fim de registar no final de cada turno, as experiências vividas passíveis de reflexão e revisão dos conhecimentos e habilidades, adquiridas no âmbito teórico do mestrado ou em contexto profissional, com o intuito de prestar cuidados de acordo com a evidência científica mais recente e com isso garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, foi criado com o objetivo fortalecer e fomentar a segurança na prestação de cuidados de saúde, encontra-se assente em cinco pilares - cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente; e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). A sua consulta foi mais uma vez necessária num contexto complexo, dinâmico e exigente como o do SU e do SMI. O enfermeiro especialista é o promotor de um ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e gestão do risco.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a cultura de segurança de uma instituição se traduz na existência de sinergia entre a competência de gestão, valores individuais e de grupo, atitudes, perceções e padrões de comportamento (DGS, 2022).

A OMS propôs um conjunto de diretrizes para garantir que os utentes sejam identificados de forma clara e inequívoca dentro das instituições de saúde com vista a melhorar segurança dos utentes e facilitar o cuidado adequado e personalizado. Tendo por base a Orientação nº 018/2011 da DGS, a incorreta identificação do utente pode originar erros graves que envolvam medicação, transfusões sanguíneas, realização de exames complementares de diagnósticos, realização de tratamentos em pessoas erradas e outros incidentes, que afetam negativamente a saúde dos utentes. Acresce segurança aos cuidados o sistema utilizado no procedimento de colheita de sangue para classificação sanguínea e, posterior administração de hemoderivados que é feito com recurso a um sistema eletrónico

com leitura de código de barras – Gricode®, em que os dados da unidade de hemoderivados, têm de ser coincidentes com os códigos existentes na pulseira do utente bem como na amostra de sangue colhido para o efeito.

No contexto do SU e tendo em conta as suas particulares características, foi imperativo na prestação de cuidados, a identificação dos doentes pelo nome completo, comparando-o com a pulseira identificativa e acrescentando também a validação do número da maca em que se encontrava e com os dados no processo clínico. Desde a entrevista inicial com a Enfermeira Gestora deste SU que ficou clara a importância prestada à identificação do doente desde a entrada neste serviço até à sua saída, que se pretende clara e inequívoca.

A formação em serviço é uma aposta muito marcada e intencional na dinâmica do SMI, uma gestão que aposta na formação contínua da sua equipa é uma gestão com uma visão muito clara do caminho, que uma profissão que se quer científica e munida das melhores ferramentas para cuidados efetivos, deve seguir. Existem vários grupos de trabalho, especializados numa determinada área de interesse, passando a ser verdadeiras referências na equipa no que ao seu tema diz respeito, elaborando normas, procedimentos e protocolos de atuação.

O enfermeiro deve ser um verdadeiro agente de mudança, desta forma e com o intuito de garantir um ambiente terapêutico e seguro no que concerne à segurança do medicamento, num ambiente de cuidados complexo, com doentes que apresentam situações clínicas vulneráveis e que necessitam de múltiplas medicações em simultâneo, como é o SMI, propus-me em grupo, a realizar uma partilha à equipa sobre Medicação de Alta Vigilância (MAV), de Alerta Máximo (MAM) e LASA (Look-Alike, Sound-Alike). (Apêndice III)

“A OMS, através do desafio global de segurança do doente sobre a medicação – medication without harm, preconiza o reconhecimento da segurança na medicação como um problema global de segurança do doente, recomendando a implementação de estratégias e medidas de melhoria que tenham como foco o doente, os profissionais de saúde, os sistemas e as práticas, bem como os medicamentos em si, identificando como áreas prioritárias de ação os MAM, incluindo os medicamentos LASA, a polimedicação e as transições entre cuidados.” (World Health Organization, 2018)

Assim, e tendo em conta a norma nº 008/2023, da DGS que afirma que as instituições prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos MAV, partiu-se para a elaboração de uma partilha que se pretende esclarecedora, dinâmica e passível de reflexão pela equipa.

No SU, e a fim de garantir um ambiente terapêutico e seguro no que concerne à segurança dos medicamentos, verificou-se que no serviço não existe ainda instituída esta

prática que dita maior segurança no manuseamento dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, desta forma seria importante que os medicamentos se encontrassem identificados e armazenados com sinaléticas próprias, com especial reforço nos medicamentos de alto risco, nos concentrados de eletrólitos e nos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes. Num serviço como este em que a sobrelotação é uma constante, este será um ponto passível de aumentar o risco de ocorrência de erros. Saliento a verificação cuidada dos carros de emergência, das malas de transporte e dos equipamentos.

Outro ponto de reflexão nesta competência específica prende-se com a passagem de informação que, no início de cada turno, é realizada junto ao doente, de forma estruturada e sucinta o que para mim tem aspetos positivos e menos positivos. Poder associar a informação transmitida à pessoa em questão, é um aspeto que considera positivo, porém, há outros princípios que não estarão garantidos, tais como o respeito pela intimidade, a privacidade e intimidade descrito no artigo 107.º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) e o dever do sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2001) devido à dinâmica e lotação do SU. No entanto, pude constatar que na maioria das vezes este aspeto era colmatado com uma maior atenção ao tom de voz utilizado, nomeadamente, aquando da transmissão de informações confidenciais.

Em ambos os contextos de estágio, em que o número de doentes agitados, com delírio ou agressivos, que põem em risco a sua segurança e a segurança do meio envolvente, é bastante relevante, várias foram as vezes que verifiquem a existência de doentes com contenção mecânica como garantia de segurança. O procedimento de Prevenção de Quedas em Meio Hospitalar, em vigor na ULS, tem o objetivo de uniformizar os procedimentos para avaliação e monitorização do risco de queda em adultos, através da escala de Morse, bem como, a promoção de medidas de prevenção de queda em meio hospitalar (Sequeira et al., 2022). O recurso a métodos de contenção mecânica ocorre para garantir a segurança da pessoa e do ambiente envolvente, prevenção de quedas, prevenção de remoção de dispositivos médicos ou necessidade de tratamento médico emergente (Rodrigues et al., 2020). Nem sempre são suficientes medidas como: orientação para a realidade, elevação das grades da cama, baixar a cama para o nível mais baixo, verificar que as camas estão travadas, no entanto, a reavaliação da necessidade de manter a contenção física deve ser feita de forma regular de modo a evitar impacto na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente. Não obstante, várias foram as vezes que me deparei com os meus tutores a reavaliar a necessidade de contenção física dos doentes que tinha ao seu cuidado ou gerindo, de acordo com prescrição, contenção química.

As úlceras por pressão (UP) representam um desafio significativo para a saúde pública e servem como indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo a sua prevenção um objetivo estratégico importante do PNSD 2021-2026, estimando-se que cerca de 95% destas sejam evitáveis por meio de identificação precoce dos fatores de risco (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Inevitavelmente, grande parte dos doentes internados no SMI têm ou tiveram alto risco de desenvolver UP, e mais uma vez os cuidados de enfermagem primam pela atenção que demonstram nos posicionamentos, no estado nutricional do doente, no alívio de zonas de pressão associadas a dispositivos médicos, na avaliação da pele, entre outros. De acordo com o procedimento institucional, a aplicação da escala de Braden deverá ocorrer no momento de admissão, quando a condição de saúde se altera ou ocorra uma UP (Almeida et al., 2024).

Diversos estudos demonstram que a incidência de UP tem vindo a crescer em SU e são vários os fatores que contribuem para esse agravamento: fatores intrínsecos da PSC, a sobrelotação dos SU, falta de macas, o elevado tempo deitados em superfícies rígidas (como macas, talas, colares cervicais) (Soares et al., 2022). O elevado número de admissões no SU, baixas dotações de recursos humanos e consequente sobrecarga da equipa de enfermagem, muitas vezes desvia a atenção das boas práticas de enfermagem. A preocupação em estabilizar o quadro clínico da PSC faz com que, a avaliação do risco de desenvolvimento de UP seja adiada (Soares et al., 2022). De acordo com o procedimento institucional, a aplicação da escala de Braden deverá ocorrer no momento de admissão, quando a condição de saúde se altera ou ocorra uma UP (Almeida et al., 2024). No SU, ao não ser avaliada a escala de risco, o doente não fica devidamente sinalizado e as medidas de prevenção adequadas não são instituídas de forma mais eficaz. Numa SE como a deste SU facilmente se tem de protelar um posicionamento ou uma alimentação em detrimento da estabilização de um doente crítico, não se podendo inverter prioridades, no entanto reitero a preocupação dos enfermeiros na alternância de decúbitos e no conforto do doente, nomeadamente na retirada de imobilizações rígidas logo que se percebe serem desnecessárias.

À luz da teoria do défice do autocuidado, em qualquer uma das formas de apresentação do delírio (hiperativo, hipoativo e misto) o autocuidado da pessoa está comprometido. Petronilho (2012), menciona que o autocuidado desempenha um papel fundamental na vida dos indivíduos, referindo-se a ele como um processo de manutenção de saúde e gestão de doença, resultante de práticas consideradas positivas. Segundo Orem (2001), o autocuidado refere-se, não só às atividades de vida diária, mas também, às atividades que as pessoas iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Esta teoria oferece ao enfermeiro um quadro estruturado que lhe irá permitir identificar lacunas no autocuidado causadas pela sua

condição, adaptando intervenções conforme o grau de dependência bem como capacitando os cuidadores para continuidade dos cuidados. Em contextos de alta complexidade como são os cuidados ao doente crítico constitui um auxílio ao minimizar complicações e maximizar a qualidade dos cuidados prestados.

No seguimento da premissa dos cuidados de qualidade e continuidade dos mesmos, foi traçado como objetivo a realização de um momento de partilha também, com a equipa do SU sobre boas práticas no cuidado ao doente com ventilação não invasiva (VNI) no SU, no sentido se sensibilizar a equipa para práticas que permitam um cuidado mais efetivo à PSC sob VNI, de acordo com as evidências mais recentes, que apresento em apêndice (Apêndice IV) e que se deixou compilado num QR code disponível nas várias áreas de trabalho em que se justifique a sua aplicação.

Participar na consulta de follow-up do doente crítico pós internamento no SMI, foi, desde que soube da sua existência, um ponto de forte interesse para mim, o perceber o impacto do internamento no doente e na sua família e com isso planear estratégias para melhorar as condições, experiências e memórias de quem passa pelo serviço, constitui uma ferramenta relevante na melhoria dos cuidados. Cuidar do doente crítico implica também planear o seu regresso a casa com qualidade de vida, reconhecendo que a intervenção da Medicina Intensiva salva-vidas, mas pode deixar sequelas, tanto no doente como na sua família, o chamado Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), com consequências que podem ser físicas, cognitivas e/ou psicológicas e que podem durar algum tempo com compromisso no regresso à sociedade. Afeta entre 50% a 70% dos sobreviventes de doença crítica e encontra-se associada a resultados desfavoráveis, readmissões, aumento do tempo de internamento, maior mortalidade e diminuição da qualidade de vida, até pelo menos um ano após internamento (SPCI, 2024).

Segundo informação da enfermeira que acompanhei na consulta preconiza-se no serviço que esta seja realizada 6 meses após a alta, este é o momento onde, com o doente e a família, se faz um ponto de situação das sequelas e sua devida referenciação. A partilha de memórias do internamento por parte dos doentes e famílias foi, sem dúvida mais um momento de aprendizagem e reflexão para a prática.

A Sr. T. de 48 anos, internada no SMI 16 dias com um Síndrome de Guillain Barré, quando questionada das memórias do internamento refere que passados 7 meses do internamento ainda se lembra de todos os nomes dos doentes do serviço, que sentiu falta de uma casa de banho quando fez o primeiro levante e do seu telemóvel para a ajudar a passar o tempo. À data da consulta refere que ainda não recuperou o olfato e o paladar, começou a

trabalhar logo e espera, entretanto, reduzir a medicação psiquiátrica, foi sugerida pela equipa uma consulta de psicologia para a auxiliar nesse caminho.

O P., um jovem estudante de 20 anos, internado no SMI após sofrer um acidente de viação, com um traumatismo craneoencefálico, vem à consulta sem sequelas apesar do longo percurso de reabilitação por que passou, refere não ter memórias do internamento, já o pai refere que teve que pedir ajuda psicológica para enfrentar este processo de doença do filho, hoje encara a vida de outra forma e reviu as suas prioridades.

O Sr. J., de 56 anos, esteve internado do SMI 9 dias com um traumatismo torácico devido a um atropelamento, na consulta fica visível uma labilidade emocional importante quando questionado acerca do internamento, refere que foi muito duro, hoje já trabalha, mas com limitações, nomeadamente por dor, desta forma, foi encaminhado para a consulta da dor com vista a melhorar a sua qualidade de vida.

O Sr. D. de 47 anos, esteve no SMI em consequência de um acidente vascular cerebral (AVC) da basilar, segundo a esposa, desde o internamento que se apresenta mais agressivo, irritado, com insónia, diminuição da força e dificuldade em respirar na posição de deitado, trata-se de um senhor que tinha consumos etílicos e tabágicos muito marcados. Foi prescrita medicação indutora do sono e verificada a marcação de consultas na sua área de residência, nomeadamente para verificação da traqueotomia. São inúmeros os dados que se podem retirar desta consulta, para melhorar a experiência do internamento, para trabalhar o melhor regresso a casa, para olhar para a família como verdadeiro parceiro nos cuidados e assim ter verdadeiros ganhos em saúde.

Considero cumpridos os objetivos delineados para esta competência, pois foram vários os momentos de reflexão e análise acerca de situações de cuidados, que culminaram em gratificantes oportunidades de crescimento e aprendizagem. Procurou-se uma prestação de cuidados em ambiente terapêutico e seguro, visando a prevenção de incidentes, gestão de risco, segurança e qualidades dos cuidados, privilegiando o bem-estar da PSC.

2.3. Colaborar na gestão e cuidados

No que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista otimiza as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança das tarefas delegadas. Para além disso, deverá ainda adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

Nos dias de hoje, gerir um serviço de saúde é um desafio complexo, pelo que saber liderar é uma competência crucial na prática profissional do enfermeiro com vista a promoção do bem-estar e prestação de cuidados de qualidade que se repercutirão em ganhos em saúde (Gomes et al., 2021)

Propus-me realizar um turno, com a enfermeira coordenadora de cada um dos serviços, com o objetivo de compreender o seu papel na dinâmica do serviço, um trabalho de bastidores, mas que percebi de uma importância inegável para a gestão e organização do serviço. Um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias encontradas, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas, tendo em conta as características dos serviços posso inferir que a área de gestão de cuidados é uma área complexa, que exige experiência, criatividade e reflexão contínua, sem a qual não é possível prestar cuidados com rigor, qualidade e sucesso. Além da capacidade de resposta aos imprevistos e priorização de necessidades é esperado do enfermeiro coordenador o cumprimento de um conjunto de responsabilidades diárias, semanais, mensais e ocasionais, fundamentais para o bom funcionamento do serviço e que estão definidas em instrução de trabalho.

Consegui participar na gestão e operacionalização de recursos materiais no que concerne a controlo de stock, reposição de material clínico e medicamentoso, otimização de equipamentos essenciais como a verificação do carro de emergência e mala de transporte, realização de testes operacionais a ventiladores e desfibriladores em ambos os contextos. No SMI, em particular, tive a oportunidade de participar, acompanhando a tutora enquanto coordenadora de turno, na reunião multidisciplinar referente à unidade, realizada todos os dias no turno da manhã.

No SU a gestão diária é realizada pelo enfermeiro gestor partilhada com o enfermeiro coordenador do turno. Dado ao elevado número de áreas de trabalho, existe também o enfermeiro responsável por sector. O enfermeiro coordenador de turno é responsável pela mobilidade de elementos entre áreas de acordo com as necessidades, sejam enfermeiros ou assistentes operacionais; gestão de equipamentos; o agilizar de transportes intra e inter-hospitalares conforme solicitado; gestão do parque de equipamentos de VNI; encaminhamento e verificação do material para a esterilização, bem como a sua receção e distribuição por áreas de trabalho e no fim do turno, é da sua responsabilidade também a elaboração de um relatório com todas as informações pertinentes a serem transmitidas para o turno seguinte e para a enfermeira gestora.

Por diversas vezes tive a oportunidade de participar na otimização dos recursos face às necessidades de cuidados, acompanhando o enfermeiro Tutor enquanto responsável de

uma área do SU e, que privilégio foi acompanhar o seu trabalho, como afirma Benner, os peritos são fáceis de identificar, uma vez que fazem julgamentos clínicos ou resolvem situações graves e complexas de uma maneira verdadeiramente notável (Benner, 2001).

A gestão de material, no SU e, seguindo a tendência da instituição de alargar o seu uso, está disponível um armazém avançado, este método de reposição por níveis é considerado o método de gestão de stocks mais eficaz em contexto hospitalar, permitindo aferir com precisão as necessidades de compra, rutura de stock, necessidade de fornecimento e eventual deslocação de material entre armazéns avançados (Infante et al., 2021). Já no SMI, os armazéns são descentralizados e cada piso tem disponível o seu material de consumo.

Ambientes de prática de enfermagem positivos são fundamentais para maximizar os resultados ao nível da segurança e satisfação dos doentes, assegurar a saúde e o bem-estar dos profissionais e alcançar um ótimo desempenho organizacional (Ribeiro, 2023). Ressalvo o cuidado em programar antecipadamente os momentos de refeição da equipa para que estes fossem salvaguardados sem prejudicar os cuidados.

2.4. Demonstrar desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação em enfermagem é essencial para atender às necessidades em saúde das sociedades contemporâneas. Ela capacita os profissionais para tomar decisões eficazes, promovendo a mudança de atitudes, práticas e comportamentos necessários para alcançar ganhos em saúde (Marques, 2021).

Ao longo dos estágios procurei rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar a iniciativa na análise e discussão de situações clínicas complexas. Considero ter demonstrado gradualmente mais autonomia e, conseqüentemente, melhorado o meu desempenho.

Demonstrei conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes uma vez que fundamentei os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, que permitiram basear a minha prática clínica em evidência científica.

A disponibilidade dos enfermeiros, que tive o privilégio de acompanhar, para esclarecer dúvidas e participar nos cuidados alavancaram todo este processo de aprendizagem na prática.

Com o intuito de acompanhar todos os cuidados prestados ao doente que cuidava no SMI, foi-me permitido também, acompanhar o trabalho realizado pelo enfermeiro de

reabilitação, mais uma vez a disponibilidade da equipa de enfermagem para me explicar a sua intervenção e todos os cuidados de enfermagem inerentes foi uma mais-valia para mim.

Também no SU, tentando seguir todo o percurso e encaminhamento de um doente naquele serviço, acompanhei um doente que entrou na SE com um enfarte agudo do miocárdio, pedindo para assistir ao cateterismo que realizou no serviço de hemodinâmica, as explicações da equipa de enfermagem acerca do procedimento e todos os cuidados de enfermagem inerentes foram decisivas para a compreensão dos cuidados globais necessários àquele doente.

Em conclusão posso afirmar que foram prestados cuidados complexos e específicos, que resultaram, não apenas na aquisição e aplicação de conhecimentos, mas também no desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva com uma constante troca de experiências e conhecimentos.

3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica

Nesta seção, de forma a seguir a organização pretendida descrevo o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – área da pessoa em situação crítica de forma a mostrar o caminho para sua concretização nos ensinos clínicos.

3.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No meu percurso nestes campos de estágio fica evidente a importância que o enfermeiro especialista em EMC na área de PSC tem na identificação e antecipação de focos de instabilidade ao estabelecer prioridades e ao mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e evitar a falência orgânica. No SU e no SMI, tive oportunidade de aplicar conhecimentos relativamente à avaliação primária e secundária à PSC, realizando uma abordagem sistematizada ABCDE (FGHI) que me permitiu prestar cuidados efetivos à PSC e colaborar na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC, nomeadamente, procedimentos técnicos invasivos.

Na SE tive a oportunidade de planejar, prestar cuidados e acompanhar o percurso da PSC, segundo os protocolos de Via Verde em vigor no SU, promovendo uma resposta rápida à Via Verde Coronária, Via Verde AVC e Via Verde Trauma. No momento a Via Verde de Sepsis ainda não se encontra formalizada, mas há consciencialização dos profissionais para a importância da sua implementação na sobrevivência do doente com sepsis.

Uma gestão diferenciada e do bem-estar da PSC, é uma constante no SMI. A avaliação da dor no doente sedado, incapaz de verbalizar o seu desconforto é desafiante, no sentido de dar a melhor resposta nos doentes com alteração do estado de consciência, é utilizada a Behavioral Pain Scale (BPS) e posteriormente geridas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como o posicionamento, a massagem terapêutica de conforto, a manutenção de um ambiente tranquilo e a promoção da presença da pessoa significativa, quando possível. Adquiri também conhecimento e habilidades na gestão da sedo-analgésia, avaliada através da escala de Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS), interpretando os seus resultados e agindo em conformidade. Outra ferramenta utilizada é o índice bispectral (BIS), que como parâmetro multifatorial, permite a monitorização da sedação, através da medição das alterações no eletroencefalograma após a administração de agentes sedativos. Este valor pode variar entre 0 e 100, sendo que um doente é considerado sedado quando o valor do BIS está abaixo de 60. Mudanças no índice estão correlacionadas com o nível de sedação e

inconsciência. Permite a avaliação neurológica em doentes com diversos tipos de patologias, tais como convulsões, doenças intracranianas refratárias, estado de mal epilético, traumatismo craniano, lesões cerebrais, entre outras, uma vez que estes valores refletem a atividade da estrutura cortical do cérebro (Almeida e Oliveira, 2022).

A escala de avaliação de delírio adotada pelo SMI é a Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU), porém a sua utilização fica aquém do desejado. O delírio é uma disfunção cerebral que, frequentemente, afeta a PSC no SMI e caracteriza-se por uma síndrome de início agudo ou subagudo, de rápida evolução, em que se associam flutuações de alterações no nível de consciência, déficits de atenção, cognição e percepção. Segundo dados internacionais, mais de 87% das PSC no SMI desenvolve esta condição, estando relacionada a um aumento significativo da morbidade e mortalidade em utentes críticos (Silva et al., 2023; Tavares et al., 2023). Posto isto, será que neste contexto é possível fazer mais e melhor na prevenção do delírio? Esta é a pergunta que procuro responder com uma revisão sistemática da literatura sobre a temática do delírio e a sua prevenção no doente crítico.

Um estudo realizado por Passos & Fiorini em 2022, mostrou que os valores de ruído no hospital, estavam acima dos recomendados pela OMS, tanto para o conforto acústico, quanto para a saúde ocupacional, representando um risco para os profissionais de saúde, que relataram sintomas como irritabilidade, diminuição do bem-estar, fadiga, cefaleias, cansaço fácil, dificuldade na comunicação e concentração, mas também um risco para os utentes. As principais fontes de ruído no hospital são os próprios funcionários, equipamentos com alarmes sonoros, movimentação e diálogo de utentes, obras, o movimentar de macas/carrinhos, utentes confusos que gritam, entre outros. O ruído pode também comprometer a compreensão do discurso, originando interpretações erróneas que, em contexto de saúde, podem resultar em erros clínicos (Junior et al., 2021). Este facto é muito relevante no SU, dada a constante movimentação de doentes e profissionais a qualquer hora. Assim, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica torna-se fundamental uma consciencialização para a melhoria da qualidade das práticas, minimizando fatores que possam contribuir para a descompensação hemodinâmica do doente e consequentemente contribuir negativamente para a melhoria do seu estado de saúde bem como para a importância de um ambiente de trabalho saudável. Constatei, na prática diária do SMI, a tentativa de melhorar a regulação circadiana dos doentes, tentando sincronizar os ritmos biológicos do organismo com o ciclo de luz e escuridão. Neste serviço os doentes podem enfrentar uma disrupção significativa deste ritmo devido a fatores como a doença crítica, exposição contínua a luz artificial, ruído constante e a ausência de estímulos naturais, como a luz do sol, como acontece na unidade do piso -3. Também no SU, sempre que possível, esta redução de estímulos é tida em conta,

recorrendo ao uso de luzes reguláveis no período noturno. Proporcionar ambientes mais calmos são medidas ambientais não farmacológicas com impacto também, na redução da incidência e duração do delírio.

A oportunidade de planejar, prestar cuidados e acompanhar o percurso da PSC em ECMO foi um objetivo alcançado e consolidado, para isso muito contribuiu o facto de uma das tutoras, a Enfermeira Francisca, pertencer à equipa multidisciplinar de ECMO do serviço e dominar os cuidados ao doente. A ECMO consiste num método de suporte da vida através de recurso a um circuito extracorporeal utilizados em situações de falência cardíaca e/ou pulmonar, tendo como finalidade a oxigenação, remoção de dióxido de carbono e/ou suporte cardíaco (OE, 2021). Tinha grande curiosidade e expectativa para adquirir conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC com ECMO tendo conseguido acompanhar a prestação de cuidados ao doente em ECMO VA (veno-arterial), em ECMO VV (veno-venoso) e em alguns turnos com Técnica de Substituição Renal Contínua (TSRC) em simultâneo. A disponibilidade da tutora para explicar os componentes do circuito, as principais indicações, contraindicações e possíveis complicações, foi uma constante, tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados. A ECMO representa um avanço significativo no suporte vital ao doente crítico com falência cardiorrespiratória, embora seja uma técnica complexa e com riscos associados, a sua aplicação cuidadosa e bem gerida pode salvar vidas.

Só no final do estágio no SMI tive oportunidade de cuidar do doente neurocrítico e constatar que estes doentes, pela complexidade e instabilidade subjacentes, enfrentam a possibilidade de eventos adversos que podem resultar em lesões permanentes. Assim, necessitam de uma adequada vigilância e monitorização sendo o objetivo a deteção precoce de alterações significativas. O papel do enfermeiro é dotado de uma imensa importância na promoção da segurança e prevenção de complicações com vista à obtenção dos melhores resultados, a neuroprotecção. Intervenções autónomas eficazes na prevenção de complicações, como a elevação da cabeceira a 30°, a gestão do ambiente (ruído, luminosidade, estimulação), o alinhamento corporal, o posicionamento neutro da cabeça e pescoço, o evitar compressão das veias jugulares, manutenção da normotermia e vigilância do padrão intestinal são exemplos de intervenções autónomas do enfermeiro benéficas para o doente. A monitorização da pressão intracranéa (PIC) é mandatória nos doentes de risco e deverá ser um processo adaptado a cada caso, devendo variar consoante a gravidade, os antecedentes patológicos, o tipo de patologia e suas potenciais complicações. Tratando-se de um procedimento invasivo de risco, idealmente o sensor de PIC deve ser colocado em ambiente estéril (no Bloco Operatório), no entanto, assisti à colocação do dispositivo no SMI pela especialidade de Neurocirurgia. Os valores da PIC, devem ser mantidos $\leq 20-22$ mmHg,

pois valores elevados mantidos podem causar isquemia tecidual. Ao analisar os mecanismos da PIC é imperativo analisar também a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e a Pressão Arterial Média (PAM), uma vez que se encontram intimamente ligadas. A expressão $PPC = PAM - PIC$ representa essa relação, assim pretende-se sincronia entre os valores da PAM e da PIC, de forma a possibilitar a compensação do valor de PPC.

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), era uma área que queria desenvolver e que privilégio foi aprender com uma verdadeira perita, a Enfermeira Felisbela, que com todo o seu conhecimento na área me permitiu identificar modos ventilatórios, parâmetros ventilatórios e relacioná-los; identificar possíveis complicações da VMI; avaliar e monitorizar os parâmetros ventilatórios do doente; identificar complicações relacionadas com o circuito do ventilador; monitorizar à comissura labial o nível do tubo orotraqueal; reconhecer uma adequada adaptação à ortótese respiratória – avaliando a sincronia doente/ventilador; otimizar comunicação (quando possível); monitorizar e manter a pressão do cuff do tubo endotraqueal (entre 20-30 cmH₂O); realizar aspiração de secreções com pré-oxigenação assistida entre 20% a 30% acima da fração inspirada de oxigénio; prestar cuidados de higiene oral, e mais do que isso, querer aprender mais sobre esta área de intervenção do enfermeiro especialista. Ainda tive a oportunidade de posicionar a PSC em Prone Position como estratégia terapêutica que associada à VMI teve o objetivo de melhorar a oxigenação do doente através da otimização da relação ventilação/perfusão.

A primeira visita ao doente internado no SMI requer a preparação e o acompanhamento da família por parte do enfermeiro responsável, desmistificando o ambiente envolvente, os dispositivos presentes e o estado geral do seu familiar. O momento da visita é essencial para a inclusão da família no processo de cuidados e exige que seja estabelecido desde início uma relação de ajuda e confiança, mostrando disponibilidade. O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, nomeadamente as categorias estrutural, de desenvolvimento e funcional, pode ser uma ferramenta imprescindível para obter uma macroavaliação das forças e problemas das famílias (Wright & Leahey, 2009). A inclusão da família, também na abordagem do delírio, assenta na relevância da sua presença junto da pessoa internada e na colaboração prestada não só no processo de comunicação, como de reorientação (Martins et al., 2013).

Estabeleci também como objetivo nestes estágios a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em morte cerebral e manutenção da viabilidade em potencial dador de órgãos, no entanto, foi um objetivo que não posso considerar atingido uma vez que foi muito fugaz o contato com o doente entrado na SE e considerado potencial dador de órgãos. Tratava-se de um doente baleado na cabeça, com uma vasta área de isquemia cerebral confirmada em exames complementares de diagnóstico, mas que apresentava reação motora

dos membros superiores, contra todas as expectativas, acabando por ser transferido para o SMI para continuidade de cuidados, no entanto a sua permanência em contexto de SE foi passível de reflexão, uma vez que é da assistência aos potenciais dadores que depende a qualidade dos órgãos e inevitavelmente o sucesso do transplante. A manutenção do potencial dador de órgãos assume, então, um papel fundamental neste processo, em que os cuidados de enfermagem convergem na manutenção das funções vitais do dador. O sucesso deste processo é influenciado negativamente pela permanência muitas vezes prolongada destes potenciais dadores em serviços de urgência, uma vez que estes necessitam de cuidados complexos e uma monitorização rigorosa e no qual nem sempre é possível garantir o seu suporte. Aqui, mais uma vez o enfermeiro especialista terá um papel decisivo, tendo em conta a sua formação e competência específicas, nomeadamente na comunicação e acompanhamento da família que vivencia estes processos complexos de doença e morte. Presenciei inúmeras vezes a permissão da presença da família, inclusive na SE. A sala de comunicação de más notícias não será um espaço negligenciado na nova estrutura do SU, segundo a enfermeira gestora, até lá haverá a necessidade de adaptar espaços para o efeito, o que considero uma medida de importância acrescida e onde mais uma vez o enfermeiro especialista fará com certeza a diferença, ao estabelecer processos de comunicação terapêutica efetivos e fundamentais para a criação de uma relação de ajuda, quer da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica quer da sua família/cuidador.

Muitas são as vezes em que é no SU que se inicia o processo de consciencialização de uma transição. A mudança é um evento ou uma situação bem definida e estática no tempo, a transição é um processo com uma variada gama de respostas, em que, indivíduos e famílias confrontam-se com diferentes níveis de incerteza (Meleis, 2019), estando invariavelmente relacionadas com mudança e desenvolvimento (Meleis et al., 2000). A experiência de doença, o envelhecimento, e a adoção do papel de membro da família prestador de cuidados, são alguns exemplos de transição que o doente crítico poderá enfrentar. A forma como uma pessoa percebe a mudança, o seu significado e a disponibilidade de apoio e recursos, influencia profundamente as suas experiências e as suas respostas, sendo os enfermeiros um elemento fundamental para facilitar as transições (Meleis, 2019).

Fazendo a ponte entre a teoria das transições e o delírio, é a transição situacional que deveremos ter em conta, esta implica a adição ou subtração de pessoas no esquema familiar, levando a uma definição e redefinição dos papéis entre os restantes membros da família. (Meleis, 2010). A transição saúde/doença não poderá ser considerada uma vez que a pessoa com delírio não terá o nível de consciencialização necessário para as mudanças que estão a ocorrer. Segundo Meleis (2019) facilitar as transições deve ser parte integrante dos cuidados em enfermagem, com uma comunicação clara, gerindo o ambiente e o envolvimento da

pessoa com vista a um melhor esclarecimento e acompanhamento. A consciencialização da mudança e consequentes manifestações de envolvimento neste processo, devem ser alvo de atenção por parte dos enfermeiros. Para compreendermos melhor o processo de transição de cada pessoa, precisamos também de conhecer, não só as suas condições facilitadoras, mas também as que podem inibir o progresso rumo a uma transição saudável (CHUC-SIDE, 2017), nomeadamente conhecer os significados que a pessoa atribui ao evento, as suas crenças e atitudes, o nível de preparação e conhecimento que possui, o estatuto socioeconómico e as condições oferecidas pela comunidade (Meleis et al., 2000). Pode ser audacioso, até utópico pô-lo em prática num SU, no entanto e perante a realidade de doentes que permanecem muito mais tempo do que o espectável no serviço, não estaremos a atrasar um processo ao não lhe prestar mais atenção? Encaminhamentos céleres, empoderamento das famílias, facilitar a alta, planeamento de cuidados realista, antecipar necessidades, prevenir transições negativas e até reinternamentos, serão ganhos expectáveis nos quais o papel do enfermeiro é decisivo.

3.2 Dinamizar a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Em Portugal não é frequente a declaração de catástrofe, mas é comum a existência de situações de exceção, como acidentes graves, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio, pelo que no decorrer do estágio não estive perante nenhuma situação de exceção ou catástrofe, mas consegui oportunamente refletir com a enfermeira coordenadora que tive a oportunidade de acompanhar no turno de coordenação sobre as situações que já vivenciou no SU, como as geriu e como estava preparada a sua equipa. Gentilmente foram-me mostrados os locais provisórios onde se encontram agora os recursos materiais para fazer face a uma eventual situação desta natureza.

De forma a aprofundar conhecimentos sobre a intervenção multidisciplinar e multiprofissional perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe consultei, na intranet, os dois documentos que a ULS disponibiliza como guias orientadores para a resposta hospitalar em caso de catástrofe: o Plano de Emergência Externo e o Plano de Segurança Interno.

Consegui durante o estágio fazer um turno integrando a equipa de emergência interna, no entanto, esta não foi ativada, mas foi-me explicada a sua dinâmica, mostrada a mala de apoio utilizada com o material e medicação essenciais, bem como o registo que deve ser feito a cada ocorrência. A Equipa de Emergência Interna representa um pilar essencial na gestão de emergências dentro das instituições de saúde, contribuindo para a segurança do doente, a eficiência do cuidado e a redução de complicações e mortalidade. A sua atuação integrada

melhora não só os desfechos clínicos, mas também a confiança e o suporte aos profissionais e às famílias envolvidas. Aliada a um sistema de deteção e alerta precoce da deterioração clínica dos doentes internados nas enfermarias mais robusto, incrementado e sustentado poderiam antecipar-se mais eventos graves. Na instituição é utilizada a ferramenta NEWS (National Early Warning Score), na qual parâmetros como a frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, saturação periférica de oxigénio, temperatura, aporte de oxigénio e estado de consciência são avaliados de forma sistemática, por enfermeiros, permitindo estratificar o doente em termos de risco de deterioração da sua situação clínica, antecipando a ocorrência de eventos graves, como a paragem cardiorrespiratória, e aumentando a sobrevivência dos doentes. O Ministério da Saúde referido pela OE (2018) afirma que os SMI devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência ou nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria.

Conclui-se que o enfermeiro especialista assume uma responsabilidade determinante na resposta a estas situações, sendo imperativa a implementação de estratégias pedagógicas, como a simulação, que permitam adquirir, desenvolver e treinar competências neste domínio, tomo como exemplo o grupo de segurança contra incêndios da instituição e os seus exercícios de simulação frequentes bem como a informação/atualização de comportamentos de atuação da equipa através do elo no serviço.

3.3 Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Ao nível da terceira competência específica do Enfermeiro Especialista considero que no decorrer dos estágios procurei respeitar rigorosamente as precauções básicas de controlo de infeção assim como as precauções baseadas nas vias de transmissão dos microrganismos. Ainda assim, reitero que um SU se trata de um local com uma complexidade acrescida no que diz respeito ao risco de infeção associado aos cuidados de saúde, e consequentemente à resistência a antimicrobianos, cabe assim aos profissionais de saúde serem verdadeiros agentes de boas práticas, antes e depois do contacto com o doente.

O desenvolvimento desta competência constitui, sem dúvida, uma mais-valia para os cuidados de excelência que se anseiam em Enfermagem. A infeção associada aos cuidados de saúde e a resistência a Antimicrobianos são problemáticas crescentes sendo importante adotar medidas de prevenção da transmissão bem como políticas de monitorização do uso

de antimicrobianos, pela sua capacidade de indução de resistência às opções terapêuticas existentes.

Destaco um aspeto que considero importante nesta temática, verifiquei que o recurso à algaliação é muito bem ponderado e não uma prática generalizada, havia sempre tentativa de primeiro recorrer a uma forma não invasiva para, por exemplo, monitorização de débito urinário.

A disponibilidade de material individualizado, como os garrotes descartáveis são uma prática relevante no contexto, como sugestão podia incluir-se no material de consumo do SU as soluções de clorhexidina de tamanho pequeno que poderiam também ser utilizadas individualmente e acompanhar o doente para o internamento, rentabilizando o seu uso.

No SU, a prevenção de infeções constitui um grande desafio, pelas suas características e pelos constrangimentos já conhecidos, a gestão do espaço físico e a alocação correta de doentes com necessidade de isolamento é premente. A distância adequada entre doentes nem sempre é passível de cumprir, sendo as cortinas antimicrobianas descartáveis um elemento que pode minimizar a infeção cruzada. Como ainda não existem quartos para cumprir isolamento quando recomendado a resposta para doentes com elevado risco de transmissão de infeção ou imunodeprimidos fica aquém do necessário. Ajuda a sinalética existente para alertar para as medidas necessárias para abordar o doente sem pôr em risco o próprio ou terceiros.

Perante tratamentos cada vez mais avançadas, invasivos e prolongados o Enfermeiro Especialista em EMC – na área de Enfermagem à PSC tem um papel relevante, através do desenvolvimento desta competência específica, na transformação do hospital num local que se quer seguro para o doente e não um local de risco acrescido.

Segundo a OMS, as IACS são um problema de âmbito global pela morbimortalidade dos utentes e pelo impacto socioeconómico, sendo assumido em 2015 como um problema de Saúde Pública (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2017). As IACS têm um impacto negativo no prognóstico das doenças subjacentes, pois prolongam as hospitalizações, aumentam a morbilidade, contribuem para uma maior mortalidade e, aumentam, também, os custos associados aos cuidados de saúde. O grupo institucional para o efeito desempenha um papel de destaque neste âmbito, em colaboração com os respetivos elos no serviço dinamizam ações com vista às melhores práticas.

Os doentes admitidos no SMI fazem rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina e colhem hemoculturas, urocultura e aspirado traqueobrônquico, segundo protocolo do serviço. Caso seja confirmada

a existência de algum microrganismo é aplicada a sinalética em vigor na instituição e correspondente ao tipo de isolamento necessário, no entanto, é necessário contornar alguns constrangimentos no que à melhor alocação de doentes diz respeito, como maior vigilância, número de dispositivos médicos, lotação da unidade, entre outros.

Na prestação de cuidados à PSC, desenvolvi competências ao nível da prevenção da infeção da PSC e apliquei os “Feixe de Intervenções” (ou *bundles*) da DGS de Prevenção de: Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma 019/2015 atualizada a 29/08/2022); Infeção relacionada com Cateter Venoso Central (Norma 022/2015 atualizada a 29/08/2022); Pneumonia Associada à Intubação (Norma 021/2015 atualizada a 17/11/2022); Infeção de Local Cirúrgico (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022). Todas as medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas foram monitorizadas, avaliadas e registadas no processo do doente. Neste contexto, constatei que os enfermeiros atribuem grande importância ao cumprimento dos “Feixes De Intervenções” supracitados, baseados na melhor e mais recente evidência científica.

Perante tratamentos cada vez mais avançadas, invasivos e prolongados o Enfermeiro Especialista em EMC – na área de Enfermagem à PSC tem um papel relevante, através do desenvolvimento desta competência específica, na transformação do hospital num local que se quer seguro para o doente e não um local de risco acrescido, com uma atitude que se quer proativa, precisa e integrada no seu contexto.

Conclusão

A componente de estágio é crucial no processo de formação profissional, além de conciliar a teoria com a prática, possibilita a análise e reflexão sobre a ação profissional através de uma visão crítica e dinâmica. Quando apoiado por uma supervisão empenhada só pode ser gerador de motivação para aquisição de novos conhecimentos, pelo que se exige ressaltar o papel determinante das enfermeiras tutoras e do docente responsável. Assim, reitero a importância deste estágio como facilitador no desenvolvimento das competências que me propus desenvolver no meu projeto individual de estágio.

Ao longo da realização deste relatório todas as reflexões se tornaram oportunidades de aprendizagem e de crescimento pessoal, contribuindo para a construção da minha identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista.

Indo ao encontro dos dois Regulamentos de Competências abordados, reafirmo a importância deste período de contexto clínico no desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, na tomada de decisão e no progresso para uma prática diferenciada. Daqui resulta um desafio acrescido para a minha carreira profissional, tendo em conta que só demonstrando competências especializadas é possível dar continuidade a este processo gerador de melhoria, de modo a prestar diariamente cuidados de máxima qualidade.

Com empenho, dedicação e uma integração cuidada e inspiradora, considero que os locais de estágio com as suas características particulares e desafiadoras me proporcionaram uma experiência rica e completa que resulta num relatório pertinente, estruturado e fundamentado, concluindo-se que os objetivos previamente delineados em relação às diversas competências do Enfermeiro Especialista foram na sua generalidade cumpridos.

PARTE II
Componente de Investigação

Efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática

Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients at high risk of delirium: a systematic review

Efectividad de la profilaxis con haloperidol en pacientes críticos con alto riesgo de delirio: una revisión sistemática

RESUMO

Introdução: O delírio é reconhecido como uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, comum e clinicamente grave, que permanece frequentemente subdiagnosticada nos contextos de saúde. Caracteriza-se essencialmente por uma tríade sintomatológica composta por défice de atenção, perturbação global das funções cognitivas e alterações comportamentais significativas. Esta condição representa um importante desafio clínico pelo que a identificação de uma intervenção farmacológica para prevenir ou reduzir o delírio e melhorar os seus resultados, nomeadamente na UCI, continua a ser uma grande prioridade para a investigação e a utilização profilática do haloperidol deve ser considerada em doentes adultos em estado crítico.

Objetivos: Determinar a efetividade da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura segundo a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute*. Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. O resultado primário é a incidência de delírio. Os resultados secundários são a duração da VMI, a incidência de reintubação, a remoção não planeada de dispositivos médicos, o tempo de internamento em UCI, o tempo de internamento hospitalar, a readmissão em UCI e a readmissão hospitalar.

Resultados: Foram incluídos dois estudos na revisão. Os resultados apontam que o haloperidol pode ter um papel mais relevante no tratamento do delírio incidente do que na sua prevenção. Os benefícios do haloperidol podem ser relevantes em subgrupos específicos, como os doentes submetidos a esofagectomia.

Conclusão: A utilização de antipsicóticos para prevenção do delírio não deve ser feita por rotina e só devem ser utilizados quando as medidas não farmacológicas falham e o doente configura um risco para si ou para os outros.

Palavras-chave: Delírio; Haloperidol; Doente Crítico

ABSTRACT

Introduction: Delirium is recognized as an acute, common and clinically serious neuropsychiatric syndrome that is often underdiagnosed in healthcare settings. It is essentially characterized by a symptomatological triad consisting of attention deficit, global disturbance of cognitive functions and significant behavioural changes. This condition represents a major clinical challenge, so identifying a pharmacological intervention to prevent or reduce delirium and improve outcomes, particularly in the ICU, remains a high priority for research and the prophylactic use of haloperidol should be considered in critically ill adult patients.

Objectives: To determine the effectiveness of prophylaxis with haloperidol in critically ill patients at high risk of delirium.

Methods: A systematic literature review was carried out using the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. Two independent reviewers carried out the critical appraisal, extraction and synthesis of the data. The primary outcome is the incidence of delirium. Secondary outcomes are duration of IMV, incidence of reintubation, unplanned removal of medical devices, length of ICU stay, length of hospital stay, ICU readmission and hospital readmission.

Results: Two studies were included in the review. The results indicate that haloperidol may play a more relevant role in the treatment of incident delirium than in its prevention. The benefits of haloperidol may be relevant in specific subgroups, such as patients undergoing esophagectomy.

Conclusion: The use of antipsychotics to prevent delirium should not be routine and should only be used when non-pharmacological measures have failed and the patient poses a risk to themselves or others.

Keywords: Delirium; Haloperidol; Critically ill patient

RESUMEN

Introducción: El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico agudo, frecuente y clínicamente grave que a menudo se infradiagnostica en los centros sanitarios. Se caracteriza

esencialmente por una tríada sintomatológica consistente en déficit de atención, alteración global de las funciones cognitivas y cambios conductuales significativos. Esta afección representa un reto clínico importante, por lo que la identificación de una intervención farmacológica para prevenir o reducir el delirio y mejorar los resultados, en particular en la UCI, sigue siendo una gran prioridad para la investigación, y debe considerarse el uso profiláctico de haloperidol en pacientes adultos en estado crítico.

Objetivos: Determinar la eficacia de la profilaxis con haloperidol en pacientes críticos con alto riesgo de delirio.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura utilizando la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs. Dos revisores independientes llevaron a cabo la valoración crítica, la extracción y la síntesis de los datos. El resultado primario es la incidencia de delirio. Los resultados secundarios son la duración de la VMI, la incidencia de reintubación, la retirada no planificada de dispositivos médicos, la duración de la estancia en la UCI, la duración de la estancia hospitalaria, el reingreso en la UCI y el reingreso hospitalario.

Resultados: Se incluyeron dos estudios en la revisión. Los resultados indican que el haloperidol puede desempeñar un papel más relevante en el tratamiento del delirio incidente que en su prevención. Los beneficios del haloperidol pueden ser relevantes en subgrupos específicos, como los pacientes sometidos a esofagectomía.

Conclusión: El uso de antipsicóticos para prevenir el delirio no debe ser rutinario y sólo debe utilizarse cuando hayan fracasado las medidas no farmacológicas y el paciente suponga un riesgo para sí mismo o para los demás.

Palabras clave: Delirio; Haloperidol; Paciente crítico

INTRODUÇÃO

A *American Psychiatric Association* no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-5) descreve o delírio como uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída e alteração do ciclo sono-vigília (APA, 2014).

O delírio é uma condição que se manifesta de acordo com a atividade motora e mental do indivíduo, sendo classificada em três tipos principais: hipoativo, hiperativo e misto. O delírio hipoativo é marcado por apatia e redução da atividade, enquanto o hiperativo se apresenta com agitação e comportamento perturbador. Já o tipo misto combina características de ambos, alternando entre momentos de agitação e letargia (Young et al., 2010). O delírio

hipoativo e misto surge em cerca de 90% das pessoas com delírio, sendo o hipoativo, o predominante e, paradoxalmente, o menos detetado, uma vez que as suas manifestações são menos exuberantes o que acarreta um atraso no diagnóstico e está associado a doença mais severa, maior morbi-mortalidade e maior necessidade de cuidados paliativos (Saraiva & Cerejeira, 2014). Pode existir ainda o delírio subsindrómico ou subclínico, no qual a pessoa ainda não possui todos os critérios de diagnóstico de delírio, mas pode apresentar inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do delírio (Al-Qadheeb et al., 2016)

O delírio é frequentemente subdiagnosticado o que se pode justificar com a falta de conhecimento das suas características clínicas, com a sua natureza flutuante, com a frequente sobreposição com demência, com insuficiente avaliação cognitiva formal com carácter intencional e por rotina e, finalmente, pelo negligenciar da possibilidade de doença e das suas reais consequências (Wilson et al., 2020).

Tratando-se de uma síndrome multifatorial a sua fisiopatologia ainda não é completamente compreendida, no entanto, vários mecanismos têm sido propostos, como a diminuição do metabolismo oxidativo afetando, inevitavelmente os sistemas de neurotransmissão; o efeito direto dos neurotransmissores, como o aumento da dopamina e a redução da acetilcolina; o aumento de citocinas inflamatórias; alterações na barreira hematoencefálica em situações de stress; a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com alteração da síntese de neurotransmissores bem como a alteração da transdução interneuronal que afeta a síntese e libertação de neurotransmissores (Prayce et al, 2018). O delírio reflete um estado de falência cerebral aguda, potencialmente reversível se diagnosticado e tratado com urgência.

Embora não existam dados nacionais abrangentes, os estudos portugueses corroboram as tendências internacionais que estimam que a incidência de delírio durante o internamento varia de 29 a 64%, estamos, portanto, diante de um problema complexo e com uma importante relevância clínica (Harrison et al., 2017).

Os fatores de risco para delírio podem ser divididos em predisponentes (características basais do doente) e precipitantes (fatores relacionados com a doença ou tratamento). Como fatores predisponentes temos: idade (> 65 anos); demência ou comprometimento cognitivo prévio; história prévia de delírio; comorbidades (como diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar crónica, entre outras) e deficiência visual ou auditiva. Já os fatores precipitantes incluem: infeções (especialmente sépsis); cirurgias (especialmente cirurgias cardíacas e ortopédicas); uso de medicamentos específicos (benzodiazepinas, opióides, anticolinérgicos); desidratação ou distúrbios eletrolíticos; dor não

controlada; privação de sono ou imobilização prolongada. O ambiente de cuidados representa, só por si, também um fator de risco precipitante, pelas suas características como o ruído, a luminosidade, isolamento social, escassez de visitas e falta de luz natural (Dziegielewski et al., 2021).

A avaliação do delírio deve ser feita de forma sistemática, utilizando ferramentas validadas e standardizadas. Das várias escalas disponíveis para fazer o diagnóstico de delírio, a mais consensual é a Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) para aplicação em unidades de cuidados intensivos (Shenkin, et al., 2019).

O delírio está associado a resultados (*outcomes*) negativos, como o aumento da mortalidade, prolongamento do tempo de internamento, maior risco de complicações hospitalares e declínio cognitivo a longo prazo. Além dos efeitos negativos sobre a saúde do doente, o delírio representa um encargo significativo para os sistemas de saúde, com custos hospitalares elevados (Leslie et al., 2008). A prevenção e o tratamento adequados do delírio são, portanto, prioridades na prática clínica, no entanto, constata-se que a implementação e adesão às intervenções preventivas permanecem um desafio.

As estratégias para prevenção e tratamento do delírio incluem intervenções não farmacológicas (como mobilização precoce, redução de ruído e melhora do ciclo sono-vigília) e farmacológicas (como o uso de antipsicóticos e sedativos). Esta última baseia-se na atuação específica de fármacos ao nível dos neurotransmissores propostos como mecanismo fisiopatológico do delírio, recomendam-se fármacos de curta ação e em baixas doses (Prayce et al., 2018), embora atualmente não exista uma recomendação para o uso de rotina de intervenções farmacológicas (haloperidol, antipsicóticos atípicos, dexmedetomidina ou cetamina), já que, não existem benefícios comprovados de forma inequívoca. (Devlin et al., 2018) O uso de haloperidol para prevenção de delírio tem recebido interesse crescente sendo o antipsicótico típico mais utilizado e mais estudado. (Schrijver et al., 2017)

Estudos mostram que o haloperidol pode reduzir a duração e a gravidade do delírio, mas não necessariamente a incidência. Tem como efeitos adversos o prolongamento do intervalo QT, síndrome maligna dos neurolépticos e efeitos extrapiramidais (Campbell et al., 2009). Os antipsicóticos atípicos como a quetiapina, olanzapina e risperidona, atuam como antagonistas de múltiplos recetores (dopamina, serotonina, histamina e acetilcolina), são preferidos em doentes com risco de efeitos extrapiramidais ou prolongamento do QT. Estudos sugerem que podem ser eficazes na prevenção e tratamento do delírio, mas as evidências ainda são limitadas. A dexmedetomidina tem mostrado eficácia superior na prevenção de delírio em comparação com antipsicóticos, especialmente em doentes sob ventilação mecânica. (Mo et. al, 2013)

Com o intuito de contribuir para o entendimento de uma temática tão real e que continua a ser um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, decidiu-se realizar uma atualização da revisão sistemática de Santos et al. (2017) intitulada “Eficácia da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio: uma revisão sistemática”. Nesta revisão as evidências relativas à eficácia da profilaxia com haloperidol em doentes críticos com elevado risco de delírio são contraditórias, uma vez que, dos quatro estudos analisados, dois mostraram que a administração profilática a curto prazo de haloperidol intravenoso em dose baixa diminuiu a incidência de delírio enquanto os outros dois relataram que o tratamento precoce com haloperidol em dose baixa não teve influência na prevalência ou duração do delírio em doentes críticos (Santos et al., 2017). É com o intuito de sintetizar as mais recentes evidências sobre o tema, de forma a confirmar ou refutar que a administração profilática de haloperidol reduz a incidência de delírio no doente crítico, que se elabora este trabalho.

MÉTODOS

A revisão sistemática seguiu o método proposto pela *Joanna Briggs Institute* (Tufanaru et al., 2017) e foi redigida de acordo com o *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ ou registado. Contudo, o mesmo pode ser providenciado mediante pedido.

A pesquisa foi realizada do dia 24 de janeiro de 2025 nas seguintes bases de dados: MEDLINE via PubMed; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers e CINAHL Complete via EBSCO; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foi estabelecido o seguinte limite nas datas de publicação: 01-01-2015 a 31-01-2025, uma vez que se trata de uma atualização da revisão proposta por (Santos et al., 2017).

A estratégia de pesquisa utilizada é apresentada na tabela 1 e foi adaptada aos léxicos específicos de cada base de dados.

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa

Base de dados	Estratégia de pesquisa	Resultados
Pubmed	("haloperidol"[MeSH Terms] OR "haloperidol"[Title/Abstract] OR "haldol"[Title/Abstract]) AND ("delirium"[MeSH Terms] OR "delirium"[Title/Abstract] OR "confusion"[MeSH Terms] OR "confus*"[Title/Abstract] OR "disorient*"[Title/Abstract]) AND ("prophyla*"[Title/Abstract] OR "prevention and control"[MeSH Subheading] OR "prevent*"[Title/Abstract]) AND ("critical illness"[MeSH Terms] OR "critical	64

	illness"[Title/Abstract] OR "critically ill"[Title/Abstract] OR "critical care"[MeSH Terms] OR "critical care"[Title/Abstract] OR "intensive care"[Title/Abstract] OR "intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[Title/Abstract] OR "icu"[Title/Abstract] OR "intensiv*"[Title/Abstract] OR "critic*"[Title/Abstract])	
CINAHL Complete	SU (haloperidol OR haldol) OR TI (haloperidol OR haldol)	43
Cochrane Central Register of Controlled Trials	OR AB (haloperidol OR Haldol) AND SU (delirium OR confusion OR confus* OR disorient*) OR TI (delirium OR confusion OR confus* OR disorient*) OR AB (delirium OR confusion OR confus* OR disorient*)	44
Cochrane Database of Systematic Reviews	AND SU (prophyla* OR "prevention and control" OR prevent*) OR TI (prophyla* OR "prevention and control" OR prevent*) OR AB (prophyla* OR "prevention and control" OR prevent*)	2
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	AND SU ("critical illness" OR "critically ill" OR "critical care" OR "intensive care" OR "intensive care units" OR icu OR intensiv* OR critic*)	8
Cochrane Clinical Answers	OR TI ("critical illness" OR "critically ill" OR "critical care" OR "intensive care" OR "intensive care units" OR icu OR intensiv* OR critic*) OR AB ("critical illness" OR "critically ill" OR "critical care" OR "intensive care" OR "intensive care units" OR icu OR intensiv* OR critic*)	2
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)	Assunto (haloperidol AND (delirium OR confus*))	1

Posteriormente à realização da pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Rayyan e os duplicados removidos. Para avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes CC e DC. Na ausência de consenso poderia ser incluído um terceiro revisor como critério de desempate. O Rayyan foi utilizado como ferramenta de registo do cegamento dos revisores. Após a remoção dos duplicados, os artigos foram selecionados de forma independente pelos revisores.

De seguida, foram definidos e aplicados rigorosos critérios de inclusão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de inclusão

Critérios de inclusão	
Participantes	Idade superior a 18 anos Doentes com elevado risco de delírio
Intervenções	Considerados estudos que avaliaram a efetividade da profilaxia com haloperidol na prevenção do delírio em doentes adultos internados em UCI
Comparações	Doentes adultos internados em UCI que receberam haloperidol profilaticamente para prevenção de delírio foram comparados com: doentes que não receberam haloperidol profilaticamente para prevenção de delírio e doentes que receberam outras medicações antipsicóticas atípicas profilaticamente para a prevenção do delírio
Outcomes	Incidência de delírio Duração da VMI Incidência de reintubação Remoção não planeada de dispositivos médicos

	Tempo de internamento UCI
	Tempo de internamento hospitalar
	Readmissão em UCI
	Readmissão hospitalar
Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos
Desenho	Estudos experimentais, comparativos, RCT e coorte

A apreciação crítica da qualidade dos estudos foi realizada por dois investigadores independentes (CC e DC), através dos instrumentos de verificação de avaliação crítica JBI para cada tipo de estudo, especificamente, estudos de coorte e RCT. Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate. Após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos. Não se optou pela aplicação de *cut-offs* de inclusão. Os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese narrativa e relatados sob a forma de tabelas.

Os dados também foram extraídos por dois revisores independentes (CC e DC) e foi utilizado um instrumento de colheita de dados construído pelos autores para minimizar o risco de viés e que incluía as características do estudo, dos participantes, das intervenções os *outcomes* e respetivos resultados. Os resultados foram agrupados numa tabela e objeto de síntese narrativa.

Não foi efetuada uma meta-análise devido a diferenças significativas entre participantes, intervenções, medidas de resultados e desenhos dos estudos, o que se traduz em fontes intratáveis de heterogeneidade clínica, estatística e metodológica.

RESULTADOS

Após a identificação dos estudos excluíram-se 63 por serem duplicados. Dos 101 potencialmente relevantes, 79 foram excluídos após leitura do título e resumo, ficando 22 estudos para leitura de texto integral. Posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão definidos previamente, tendo-se selecionado 2 estudos para inclusão. Em todas as fases da seleção de estudos verificou-se consenso entre os dois revisores. Não houve necessidade de recorrer ao terceiro revisor. Na tentativa de contactar o autor do estudo sem texto integral, recorreu-se ao seu email de correspondência, mas até à data não se obteve resposta, pelo que não foi possível incluir o mesmo nesta revisão. Os resultados da seleção dos estudos encontram-se apresentados no fluxograma PRISMA (figura 1).

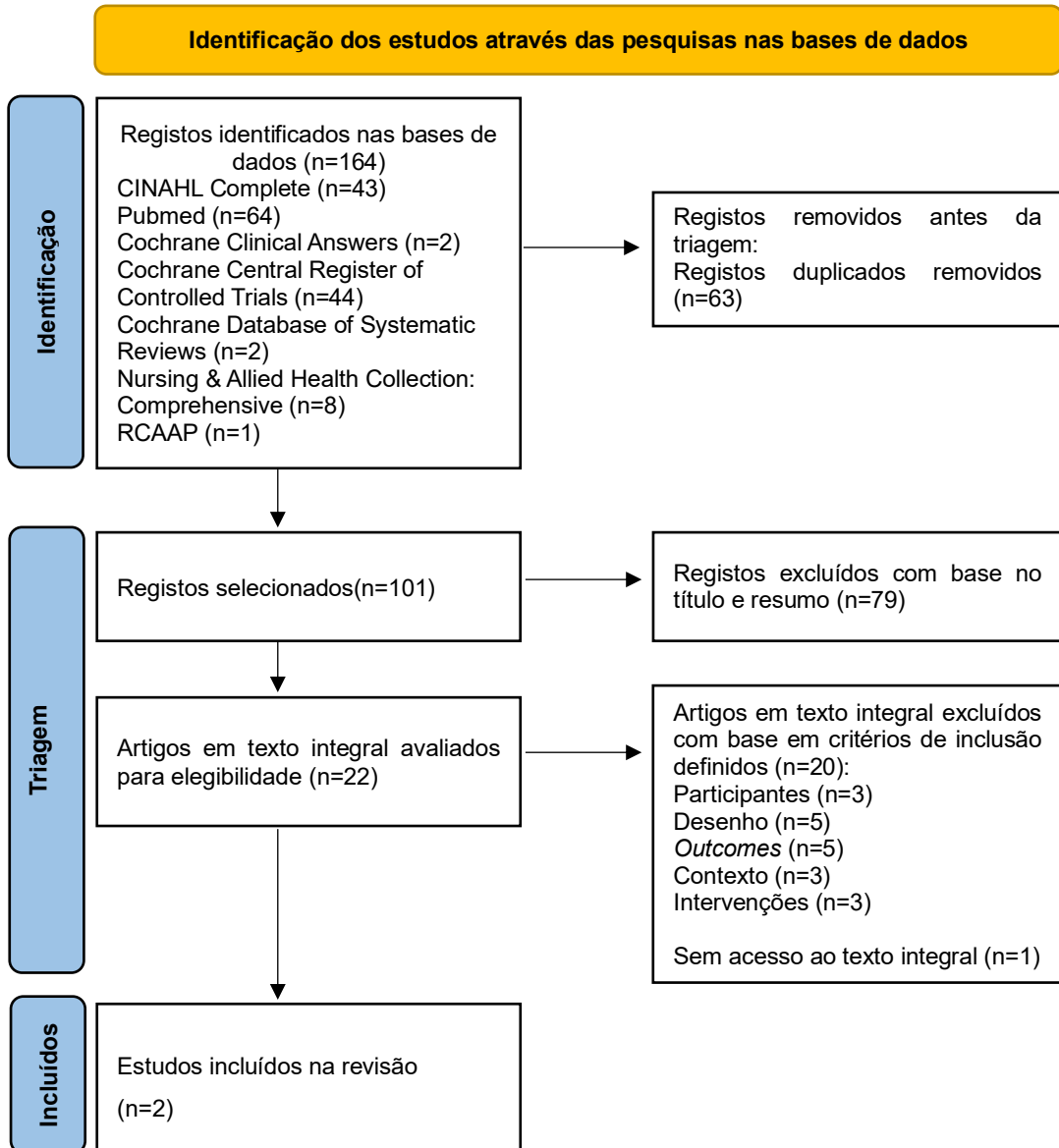


Figura 1 - Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo

O resumo das características dos estudos incluídos é apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Características e especificidades dos estudos incluídos

Autores/Ano/País	Tipo Estudo/ Participantes	Intervenções	Outcomes/Resultados	Conclusões
Khan et al., 2018 (EUA, Indianápolis)	Ensaio aleatório, duplamente cego e controlado por placebo RCT (adultos submetidos a cirurgia torácica) n=135 Subgrupo: esofagectomias n=84	Administração de haloperidol em baixa dose (0,5 mg três vezes ao dia, total de 11 doses) vs placebo, após cirurgia torácica	Incidência de delírio Grupo placebo – 28,4% (19/67) Grupo haloperidol – 22,1% (15/68) Tempo de internamento UCI Grupo placebo – 2,3 dias (mediana) Grupo haloperidol – 2,2 dias (mediana) Tempo de internamento hospitalar Grupo placebo – 10 dias (mediana) Grupo haloperidol – 10 dias (mediana) No subgrupo de esofagectomia, o haloperidol reduziu a incidência de delírio (23,8% vs. 40,5%, p = 0,16) e o tempo de permanência na UTI (2,8 dias vs. 3,1 dias, p = 0,03)	O haloperidol em baixa dose não reduziu a incidência, duração ou gravidade do delírio em doentes submetidos a cirurgia torácica major. O haloperidol pode ser eficaz na redução do delírio em doentes submetidos a esofagectomia, mas são necessários estudos maiores para confirmar esses achados.
Duprey et al., 2021 (Países Baixos)	Estudo de coorte (adultos críticos sem delírio na admissão à UCI) n=1495	Haloperidol profilático (2 mg ou 1 mg IV a cada 8 horas) ou placebo por até 28 dias. Se ocorresse delírio, haloperidol IV (2 mg, até 5 mg) era administrado	Incidência de delírio – 36,3% (542) haloperidol com (dose média de 2,1 mg/dia) - 32% (489) Cada mg/dia de haloperidol reduziu a mortalidade em 7% O benefício do haloperidol diminuiu à medida que era administrado mais tarde na internação.	O tratamento do delírio incidente e os seus sintomas com haloperidol pode estar associado a uma melhora dependente da dose na sobrevivência em 28 e 90 dias. No entanto, ensaios randomizados

O haloperidol mostrou uma associação dose-dependente e tempo-dependente com menor mortalidade em 28 dias. futuros são necessários para confirmar esses resultados.

Em relação à análise da qualidade dos estudos é de referir que todos os estudos têm elevada qualidade. A avaliação da qualidade encontra-se nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo incluído (RCT)

Citação	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Duprey et al., 2021	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

S:sim; N: não; U: não claro

Tabela 5 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo incluído (Coorte)

Citação	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Khan et al., 2018	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

S:sim; N: não; U: não claro

DISCUSSÃO

Ao incluir apenas dois estudos, esta revisão identifica à partida, uma necessidade crítica de mais estudos para confirmar e expandir as descobertas existentes, destacando-se como área prioritária para futuras investigações. Embora o número de estudos seja limitado, a relevância e a qualidade metodológica das pesquisas analisadas oferecem informações importantes para a compreensão do tema refletindo também a aplicação rigorosa dos critérios de inclusão, garantindo a análise de evidências de qualidade e minimizando o risco de viés. De salientar também que como se trata de uma atualização de uma revisão existente, o intervalo temporal definido foi menor, restringindo naturalmente o número de novos artigos elegíveis para não repetir estudos já considerados na revisão original.

Nenhum dos estudos confirmou a efetividade da profilaxia com haloperidol na redução da incidência de delírio em doentes críticos com elevado risco de delírio.

Ressalvo que não foi limitada a pesquisa tendo em conta o idioma o que pode demonstrar que a limitação no número de artigos incluídos não se deveu a barreiras linguísticas, mas possivelmente à própria escassez de publicações sobre o tema no período analisado.

Os estudos revistos apresentam limitações, como o tamanho amostral pequeno, concretamente no estudo de Khan, et al. (2018) e variabilidade nos protocolos de administração da medicação.

O estudo de Khan, et al. (2018), um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo que utilizou ferramentas validadas (CAM-ICU, DRS-R-98) para diagnóstico e gravidade do delírio, avaliou o uso de haloperidol em baixa dose para prevenir delírio após cirurgia torácica major. Os resultados mostraram que o haloperidol não reduziu significativamente a incidência de delírio na população geral com 22,1% vs. 28,4% no grupo placebo, mas houve benefícios modestos no subgrupo de doentes submetidos a esofagectomia, com redução na incidência de delírio (23,8% vs. 40,5%) e menor tempo de internamento na UCI.

O grupo de estudo das esofagectomias, uma população de alto risco e com justificativa fisiopatológica para uma maior carga inflamatória e stress cirúrgico parece ter beneficiado do haloperidol, concretamente do seu mecanismo de atuação dopaminérgico e anti-inflamatório, este poderá ser relevante em cirurgias de maior stress e onde a liberação de citocinas pró-inflamatórias é exacerbada.

No estudo de Duprey, et al. (2021), os resultados do uso de haloperidol para tratamento de delírio incidente em doentes críticos sugeriram uma associação dose-dependente entre o uso de haloperidol e a redução da mortalidade em 28 e 90 dias, especialmente quando administrado precocemente durante o internamento na UCI. Cada 1 mg/dia de haloperidol foi associado a uma redução de 7% na mortalidade em 28 dias e 3% em 90 dias. O efeito protetor diminuiu com a administração mais tardia do haloperidol.

A taxa de delírio entre os doentes internados na UCI foi de 36,3%. Os doentes com delírio apresentaram maior idade média (67,7 vs. 65,5 anos) e um APACHE-II score mais elevado (20,5 vs. 18,5), o que indica um maior grau de gravidade da doença. Além disso, a taxa de ventilação mecânica foi consideravelmente maior no grupo com delírio (93,7% vs. 68,0%), sugerindo uma associação entre a ventilação invasiva e o desenvolvimento de delírio. A taxa de reintubação foi de 9,6%, mas foi significativamente maior no grupo com delírio (18,6% vs. 4,4%). Isso pode indicar que doentes com delírio são mais propensos a desenvolver complicações respiratórias. No grupo tratado com haloperidol, a reintubação também foi mais frequente (19,4% vs. 4,8%), sugerindo que esses doentes estavam mais gravemente doentes.

Entre os doentes que receberam haloperidol, 97,5% desenvolveram delírio. O tempo mediano de delírio foi de 4 dias [2–8], superior ao grupo sem haloperidol, o que reforça as evidências da literatura de que o haloperidol pode não reduzir a duração do delírio.

Curiosamente, o tempo de internamento na UCI foi maior no grupo que recebeu haloperidol (9 dias vs. 3 dias), sugerindo que este grupo era composto por doentes mais graves. A taxa de reintubação foi maior em doentes com delírio (18,6% vs. 4,4%), refletindo a instabilidade clínica e o impacto negativo do delírio no desmame ventilatório. Além disso, a taxa de readmissão na UCI foi ligeiramente maior nos doentes com delírio (12,9% vs. 8,5%), reforçando a associação do delírio com pior prognóstico. A readmissão também foi maior entre os doentes que receberam haloperidol (12,1% vs. 9,1%), novamente sugerindo que esses doentes eram mais graves. Doentes com delírio tiveram mais dias em coma (mediana 4 dias vs. 2 dias), evidenciando o impacto do delírio na evolução clínica.

O haloperidol parece ter um papel mais relevante no tratamento de delírio incidente do que na prevenção. Além disso, os benefícios do haloperidol podem ser mais pronunciados em subgrupos específicos, como doentes submetidos a esofagectomia ou aqueles que desenvolvem delírio precocemente durante o internamento na UCI.

O estudo de Abdelgalel (2016), que comparou dexmedetomidina vs. haloperidol vs. placebo na prevenção de delírio durante VNI e teve como resultados principais: incidência de delírio: 10% (dexmedetomidina) vs. 33,3% (haloperidol) vs. 43,3% (placebo); duração da VNI mais curta com dexmedetomidina; menor necessidade de intubação e menor tempo de internamento na UTI e no hospital com a dexmedetomidina; a bradicardia foi mais comum com dexmedetomidina e o intervalo QT foi prolongado apenas com haloperidol. Concluindo-se que a dexmedetomidina foi significativamente mais eficaz que o haloperidol e o placebo na prevenção de delírio durante a VNI.

Khan et al. (2018) e Duprey et al. (2021) não compararam diretamente a dexmedetomidina com o haloperidol, mas sugerem que o haloperidol pode ser mais eficaz no tratamento de delírio já estabelecido (Duprey et al., 2021) do que na prevenção (Khan et al., 2018).

Hawkins et al., em 2017, comparam a incidência e duração do delírio em doentes críticos que receberam diferentes regimes de antipsicóticos (quetiapina e haloperidol). A incidência de delírio foi semelhante entre os grupos que receberam quetiapina programada, haloperidol PRN e quetiapina PRN (39%, 50% e 36%, respetivamente). O tempo até o primeiro episódio de delírio foi maior no grupo que recebeu quetiapina programada, mas sem significância estatística. O uso de quetiapina programada foi associado a um internamento hospitalar mais longo. Não houve diferença na incidência ou duração do delírio entre os regimes de antipsicóticos avaliados.

Também Hosseindoost et al. (2023) comparou a segurança e eficácia da cetamina e do haloperidol na prevenção do delírio em doentes idosos na UCI. A cetamina em baixa dose

(20 mg IV) foi mais eficaz do que o haloperidol (2,5 mg IM) em reduzir a incidência de delírio em 5 minutos após a administração. No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos em 10 e 15 minutos. Ambos os tratamentos foram bem tolerados, sem efeitos colaterais significativos. A cetamina em baixa dose pode ser uma alternativa viável para o controle do delírio em doentes idosos na UCI, especialmente devido ao seu rápido início de ação. No entanto, mais estudos são necessários para confirmar esses achados.

Não foi possível analisar os *outcomes* previamente definidos, nomeadamente duração da VMI, remoção não planeada de dispositivos médicos e readmissão hospitalar. Esta limitação pode ser explicada pelo número reduzido de estudos incluídos na revisão e pela heterogeneidade dos dados disponíveis.

CONCLUSÃO

A utilização de antipsicóticos para prevenção do delírio não deve ser feita por rotina e só devem ser utilizados quando as medidas não farmacológicas falham e o doente configura um risco para si ou para os outros.

Em subgrupos específicos como é o caso de doentes submetidos a cirurgias complexas, como esofagectomia e com alto risco de delírio estes podem beneficiar de intervenções farmacológicas direcionadas, como o uso de haloperidol em dose baixa.

Estudos revelam alternativas farmacológicas na prevenção do delírio, mas carecem de maior evidencia científica.

Ensaio clínico randomizado de maiores dimensões continuam a ser necessários para confirmar os benefícios do haloperidol na prevenção e no tratamento de delírio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelgalel, E. F. (2016). Dexmedetomidine versus haloperidol for prevention of delirium during non-invasive mechanical ventilation. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 32(4), 473–481. <https://doi.org/10.1016/j.egja.2016.05.008>
- Al-Qadheeb, N. S., Skrobik, Y., Schumaker, G., Pacheco, M. N., Roberts, R. J., Ruthazer, R. R., & Devlin, J. W. (2016). Preventing ICU Subsyndromal Delirium Conversion to Delirium with Low-Dose IV Haloperidol. *Critical Care Medicine*, 44(3), 583–591. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001411>

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, et al. *Pharmacological management of delirium in hospitalized adults-a systematic evidence review*. *J Gen Intern Med*. 2009; 24:848-53
- Duprey, M. S., Devlin, J. W., van der Hoeven, J. G., Pickkers, P., Briesacher, B. A., Saczynski, J. S., Griffith, J. L., & van den Boogaard, M. (2021). Association Between Incident Delirium Treatment With Haloperidol and Mortality in Critically Ill Adults*. *Critical Care Medicine*, 49(8), 1303–1311. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004976>
- Dziegielewski, C., Skead, C., Canturk, T., Webber, C., Fernando, S. M., Thompson, L. H., Foster, M., Ristovic, V., Lawlor, P. G., Chaudhuri, D., Dave, C., Herritt, B., Bush, S. H., Kanji, S., Tanuseputro, P., Thavorn, K., Rosenberg, E., & Kyeremanteng, K. (2021). Delirium and Associated Length of Stay and Costs in Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/6612187>
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T. e Fazel, M. (2017). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7ª edição, Oxford University Press. Oxford.
- Hawkins, W. A., Phan, S. v., & Campbell, S. L. (2018). Effect of various antipsychotic regimens on incidence of delirium in critically ill adults. *Journal of Critical Care*, 44, 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.11.032>
- Hosseindoost, S., Zabetpoor, M. J., Fattah Ghazi, S., Orandi, A., & Pestei, K. (2023). Comparison of Ketamine to Haloperidol for Preventing Delirium in ICU Elderly Patients. *Archives of Neuroscience*, 10(4). <https://doi.org/10.5812/ans-140241>
- Khan, B. A., Perkins, A. J., Campbell, N. L., Gao, S., Khan, S. H., Wang, S., Fuchita, M., Weber, D. J., Zarzaur, B. L., Boustani, M. A., & Kesler, K. (2018). Preventing Postoperative Delirium After Major Noncardiac Thoracic Surgery - A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(12), 2289–2297. <https://doi.org/10.1111/jgs.15640>
- Leslie, D.L., Marcantonio, E.R., Zhang, Y., Summers, L.L. e Ynouye, S.K. *One-Year Health Care Costs Associated with Delirium in the Elderly*. *Arch Intern Med*. 2008; 168 (1): 27-32.
- Mo Y, Zimmermann AE. *Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients*. *Ann. Pharmacother*. 2013;47: 869–76.
- Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Capítulo 7: Revisões sistemáticas da etiologia e do risco. In:

Aromataris E, Munn Z (Editores). *Manual JBI para a Síntese de Evidências*. JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. (janeiro de 2018). *Delirium: O 7º Parâmetro Vital?* Revista Científica da Ordem dos Médicos, pp. 51-58. Retirado de file:///C:/Users/admin/Downloads/9670-32162-3-PB%20(5).pdf em 21-11-2024

Santos E, Cardoso D, Neves H, Cunha M, Rodrigues M, Apóstolo J. *Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk of delirium: a systematic review*. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 May;15(5):1440-1472. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003391. PMID: 28498176.

Schrijver, E.J.M., Vries, O.J., Vem, P.M.V., Bet, P.M., Kamper, A.M., Diepeveen, S.H.A., Marum, R.J.V., Strien, A.M., Anten, S., Lagaay, A.M., Boelaarts, L., Bloemers, F.W., Kramer, M.H.H. e Nanayakkara, P.W.B. *Haloperidol versus placebo for delirium prevention in acutely hospitalised older at risk patients: a multi-centre double-blind randomised controlled clinical trial*. Age and Ageing. 2017; 0: 1-8.

Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, Siddiqi N, Goodacre S, Young J, et al. *Delirium detection in older acute medical inpatients: A multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method*. BMC Med. 2019;17(1):1–14.

Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Capítulo 3: Revisões sistemáticas da eficácia. In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *Manual JBI para a Síntese de Evidências*. JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>

Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., ... Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers* 6(90), 1-26. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4

Young J., Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R, Guideline Development Group. *Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance*. *BMJ*. 2010;341:c3704.

Considerações finais

O percurso até aqui proporcionou um desenvolvimento significativo das competências pessoais, científicas, técnicas e reflexivas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, com foco na pessoa em situação crítica. A experiência prática em contextos desafiadores, como o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva, permitiu aprimorar o raciocínio clínico, da tomada de decisão baseada em evidências e da capacidade de adaptação a novas realidades. A componente de investigação, por sua vez, consolidou habilidades metodológicas e interpretativas, reforçando a necessidade de práticas baseadas nas mais recentes evidências científicas. Foi imprescindível aprender a lidar com obstáculos, como resultados inesperados, fortalecendo a capacidade de adaptação e persistência.

Refletir sobre a prática e adotar uma prática refletida são processos transformadores que elevam a qualidade dos cuidados de saúde e o desenvolvimento profissional. Ao integrar a reflexão crítica no dia a dia, os enfermeiros tornam-se mais conscientes, capacitados e preparados para enfrentar os desafios da prática clínica. Essa abordagem não só beneficia os doentes e as suas famílias, como também contribui para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, seguro, baseado em evidências e com qualidade atestada.

Ao adotar uma cultura de aprendizagem constante, os enfermeiros não apenas elevam a qualidade dos cuidados, mas também fortalecem a profissão como um todo.

A excelência em enfermagem não pode ser só um destino, mas uma jornada de melhoria contínua.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. M. D., & Oliveira, I. (2022). *A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico*. V Fórum das Especialidades de Enfermagem-I Encontro Internacional das Especialidades de Enfermagem: Os cuidados especializados de Enfermagem nas fronteiras da pandemia.
- Almeida, Z., Martinho, A., Alves, C., Mourão, D., & Monteiro, M. (2024). MA-ENFD 01.00— *Prevenção de Úlceras de Pressão: Manual de Qualidade*. CHUC.
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20036. <https://doi:10.12707/RV20036>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley. 1984 (De principiante a perito. Coimbra: Quarteto Editora)
- Despacho 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção Geral da Saúde. Norma nº17/2022. Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente [Internet]. Portugal: DGS; 2022 dez 19 [citado 2023 out]. 20p. Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026. Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde, 1–66. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-paraa-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023. Medicamentos de Alta Vigilância. Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde, 1–28. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Gomes, R., Belarmino, A. D. C., Pinho, C. M., Bastos, P. D. O., Cavalcante, A. A. D. N., & Alves, L. C. (2021). Liderança em enfermagem hospitalar: Percepção de enfermeiros gestores. *Research, Society and Development*, 10(9), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17890>

- Grupo Português de Triagem. (2021). Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competência. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23), 31-40. DOI <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Infante, A., Silva, M., Sanfona, S., Sintra, P., Formiga, J. (2021). Regulamento Armazéns Avançados. https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/17/2021/04/Regulamento_Armazens-avancados.pdf
- Junior, R. L. B., Dias, L. F. R., & Pelli, A. (2021). Poluição sonora, legislação pertinente e estudo de caso / Noise pollution, relevant legislation and case study. *Brazilian Journal of Animal and Environmental Research*, 4(2), 2637–2651. <https://doi.org/10.34188/bjaerv4n2-088>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I (2015-09-16), (8059-8105). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lucília, N., & Guida, A. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf
- Marques, M. S. A. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>
- Martins, S., Simões, M., & Fernandes, L. (2013). O impacto do delirium na família/cuidadores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 43-48.
- Morais, O. M. D., Mata, C., Fernandes, M. D. F., Monteiro, M. D. F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Utente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Direção-Geral da

- Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (09-12-2014), (1-24). <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>
- Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (29-08-2022), (1-18). 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
- Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (17-11-2022), (1-23). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao>
- Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (29-08-2022), (1-26). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Norma nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Oliveira, T. M. R., Amaral, L. H., & Amaral, C. L. C. (2023). A prática pedagógica reflexiva em questão: Estudo de caso de uma escola brasileira. *Revista Portuguesa de Educação*, 36(2). <https://doi.org/10.21814/RPE.24860>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001. Passagem de turno junto aos utentes, em enfermarias. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, (2014). Regulamento n. o 533/2014 Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário Da República, 2. a Série n.o 233 de 2 de dezembro de 2014
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer N.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia orientador de boas práticas. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas/>

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis, United States of America: Mosby.

Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos utentes em instituições de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (23-05-2011), (1-3). <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-utentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-utentes.aspx>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência - medicina intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Passos, P. S., & Fiorini, A. C. (2022). Percepção do ruído e seus efeitos em funcionários de um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 11(2), 1–12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25998>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau Editora.

Pimenta, S., Roque, A., Fonnegra, J., & Martinho, T. (2021). Efeitos Extra-Auditivos do Ruído na Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.31252/RPSO.17.04.2021>

Pina Queirós, P. J., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). Direção-Geral da Saúde.

- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros, (2014). Diário da República: 2ª série, nº233. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: IIª Serie, nº26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: IIª Serie, nº135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-129237286>.
- Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos - Um Roteiro para a Qualidade e Segurança*. Lidel, Edições Técnicas.
- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., & Coutinho, E; & Azevedo, I. (2015). Human transitional care as a nursing focus: contribution of expertise and classified language ICNP®. *Millenium*, 49, 153-171. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>
- Sequeira, N., Pimenta, M., Filipe, N. G., & Reis, S. I. (2022). *Prevenção de quedas em meio hospitalar*. CHUC.
- Silva, D. P. da, Dias, E. S., Teles, H. C. C., Galdino, L. P., Jesus, C. V. F. de, & Lima, S. O. (2020). Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 14(17), 64–76.
- Silva, P. H., Vieira, F. A., Silva Filho, H. B., & Amâncio, N. D. F. G. (2023). Prevalência de delirium na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital público de Minas Gerais. *Research, Society and Development*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38812>
- Soares, L. C. B., Oliveira Silva, D., Xavier Pinheiro Da Cunha, J., Da Silva Pires, P., & Vieira Cardoso, L. G. (2022). Pressure injury development and care complexity in patients at an emergency servisse. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–10. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.88123>
- SPCI (2024). *Follow-up no Utente Crítico*. <https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-utente-critico>
- Tavares, J. P., Fernandes, A. D., & Marques, M. C. (2023). Utente crítico com delirium na unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9, 137–158.

[https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9\(2\).596.137-158](https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9(2).596.137-158)

ULS Coimbra. (2024). *Sobre a ULS Coimbra*. ULS Coimbra. Acedido em <https://www.chuc.min-saude.pt/missao-e-valores/>

World Health Organization. *Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. Strategic Framework [Internet] Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

Apêndices

Apêndice I – Projeto Individual de Estágio (SU)



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Projeto Individual de Estágio

Ana Catarina Marques Carvalho

Setembro 2024



Projeto Individual de Estágio

Ana Catarina Marques Carvalho

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado no âmbito da unidade curricular Estágio de Urgência sob orientação de:
Professor Doutor Eduardo Santos
Enfermeiro Especialista Márcio Carvalho

Setembro 2024

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas.....	5
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	7
Introdução	9
1. Objetivos de estágio	11
Conclusão	15
Referências Bibliográficas	17

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1	Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista 11
Tabela 2	Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica 13

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CMEMC-ESPC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SU	Serviço de Urgência
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Urgência inserida no terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMC-ESPC) – 9ª edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi proposta a elaboração de um Projeto de Estágio, como documento delineador dos objetivos a atingir ao longo do mesmo, este terá a duração de 180 horas efetivas, programadas no intervalo temporal de 16 de setembro a 15 de novembro e decorrerá no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, sob orientação do docente responsável pelo estágio, o Professor Doutor Eduardo Santos e do Enfermeiro Especialista Márcio Carvalho.

Pretendo ao longo destas nove semanas a aquisição de experiências e o desenvolvimento de competências de maior complexidade alicerçadas nos constructos teóricos adquiridos, baseados no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, são atribuídas competências específicas como: o Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; o Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento n.º 429/2018)

O envolvimento ativo e a valorização das experiências e das práticas serão em comum com a componente teórica o ponto de partida para atingir os objetivos posteriormente apresentados. Desta forma, a seleção do local para realizar este estágio, será uma aposta ganha no que concerne a oportunidades de aprendizagem pela referência e abrangência que este serviço de urgência (SU) representa no cuidado ao doente crítico.

O projeto de estágio encontra-se organizado da seguinte forma: introdução, objetivos de estágio e conclusão e foi elaborado segundo o guia orientador de trabalhos escritos da ESSV.

1. Objetivos de estágio

Neste capítulo apresento os objetivos gerais, os objetivos específicos e os objetivos específicos com indicadores, explanados em duas tabelas, no que ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica dizem respeito, com o intuito de facilitar a sua apresentação e consulta.

Tabela 1 - Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA		
Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Específicos com indicadores
1. Conhecer e integrar a dinâmica organizacional e funcional do SU da ULS Coimbra	Conhecer a dinâmica e funcionamento do serviço, assim como, os recursos humanos, materiais e métodos de organização de trabalho Integrar-me de forma eficaz na equipa, sendo capaz de prestar cuidados diferenciados ao doente crítico, como estudante do CMEMC-ESPC	Realizar reunião inicial com a Enfermeira Gestora Identificar as diferentes áreas, circuitos e alocação de doentes Realizar, pelo menos um turno, em cada uma das áreas de cuidados deste SU.
2. Demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver a responsabilidade profissional ética e legal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC)	Prestar cuidados ao doente valorizando: - Privacidade - Dignidade - Segurança - O sigilo profissional

12

		- O direito à informação Conhecer o procedimento de preservação e proteção de vestígios forenses
3. Colaborar na melhoria contínua da qualidade	Refletir e mobilizar conhecimentos para a melhoria contínua da qualidade no SU Realizar autoformação diária como ferramenta de suporte e sistematização dos conhecimentos Garantir um ambiente terapêutico e seguro Colaborar na gestão do risco no SU	Realização de um momento de partilha com a equipa sobre "boas práticas no cuidado ao doente com ventilação não invasiva no SU" Pesquisa diária como fundamentação dos cuidados prestados de acordo com evidência científica Promover práticas de qualidade Fazer/consultar registos inequívocos de terapêutica e dados do doente.
4. Colaborar na gestão e cuidados	Compreender e identificar as funções do enfermeiro especialista enquanto coordenador do SU Colaborar na gestão de recursos, garantindo a qualidade dos cuidados	Fazer um turno, com o Enfermeiro coordenador, num turno da manhã Participar na otimização dos recursos face às necessidades de cuidados, acompanhando o enfermeiro tutor enquanto responsável de uma área do SU
5. Demonstrar desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolver o autoconhecimento e assertividade enquanto futura enfermeira especialista Fortalecer, adquirir e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados prestados	Praticar e desenvolver o pensamento crítico e reflexivo Desenvolvimento da gestão de emoções sob pressão durante a prestação de cuidados no SU Realização de um relatório de estágio

Tabela 2 - Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA		
Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Específicos com indicadores
1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<p>Prestar cuidados à PSC emergente</p> <p>Diagnosticar precocemente complicações no doente crítico</p> <p>Estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica</p> <p>Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família</p> <p>Gerir, de forma diferenciada, a dor e o bem-estar do doente crítico, otimizando respostas farmacológicas e não farmacológicas</p>	<p>Colaborar na avaliação inicial e secundária da PSC</p> <p>Demonstrar e aplicar conhecimentos relativos a protocolos das Vias Verdes em vigor no SU: Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Trauma e Sepsis</p> <p>Aplicar os algoritmos de Suporte Avançado de Vida e abordagem à vítima de trauma em contexto de sala de emergência</p> <p>Atuar de acordo com as alterações de funções vitais e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem prestadas</p> <p>Colaboração na execução de procedimentos técnicos invasivos e complexos</p> <p>Otimizar técnicas de comunicação adequadas à situação</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em morte cerebral e manutenção da viabilidade em potencial dador de órgãos</p>

14

		Garantir o registo adequado de forma sistematizada de acordo com a metodologia ABCDE
2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	<p>Atuar rápida e eficazmente perante situações de exceção e de emergência</p> <p>Conhecer o plano de emergência e catástrofe do SU</p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre a intervenção multidisciplinar perante uma situação de catástrofe ou multivítimas</p>	<p>Consulta de documentos/protocolos existentes</p> <p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem em situação de exceção e catástrofe</p>
3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<p>Demonstrar conhecimento atualizado acerca das precauções baseadas nas vias de transmissão</p> <p>Respeitar as precauções básicas de controlo de infeção</p> <p>Demonstrar conhecimento de procedimentos de controlo de infeção associados à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica</p>	<p>Adequar equipamentos de proteção individual</p> <p>Colaborar na gestão do espaço físico e alocação de doentes com necessidade de isolamento</p> <p>Implementar estratégias pró-ativas para a prevenção e controlo de infeção</p> <p>Avaliar medidas implementadas</p>

Conclusão

Como referido acima, este projeto será um guia orientador, de modo a facilitar a organização e planeamento das atividades a realizar ao longo do estágio, contribuindo para uma melhor consecução dos objetivos definidos e terá um carácter dinâmico, podendo ser alterado e adaptado, de forma a otimizar os resultados na aquisição de competências técnicas, científicas, relacionais, humanas e éticas para a minha formação como futura Enfermeira Especialista.

Ao definir e estruturar objetivos quero maximizar as oportunidades de aprendizagem do longo do estágio, bem como definir uma metodologia de trabalho baseada na reflexão crítica sobre as diversas áreas de aprendizagem de competências nos domínios comuns e específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Importa referir que este será também o ponto de partida para a realização do Relatório Individual de Estágio que marcará o término do ensino clínico.

Referências Bibliográficas

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Guia Orientador de Trabalhos Escritos.

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2024). Guia Orientador de estágios CMEMC – EPSC.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – II Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Apêndice II – Projeto Individual de Estágio (SMI)



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Projeto Individual de Estágio

Ana Catarina Marques Carvalho

Dezembro 2024



Projeto Individual de Estágio

Ana Catarina Marques Carvalho

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado no âmbito da unidade curricular Estágio de Cuidados Intensivos sob orientação de:

Professor Fernando Gama

Enfermeira Especialista Felisbela Roque e Enfermeira Especialista Francisca Simões

Dezembro 2024

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas.....	5
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	7
Introdução	9
1. Objetivos de estágio	11
Conclusão	18
Referências Bibliográficas	20

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1	Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista 11
Tabela 2	Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica.....14

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CMEMC-ESPC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Cuidados Intensivos inserida no terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMC-ESPC) – 9ª edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi proposta a elaboração de um Projeto de Estágio, como documento delineador dos objetivos a atingir ao longo do mesmo, este terá a duração de 180 horas efetivas, programadas no intervalo temporal de 18 de novembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025 e decorrerá no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, sob orientação do docente responsável pelo estágio, o Professor Fernando Gama e das Enfermeiras Especialistas Felisbela Roque e Francisca Simões.

Pretendo ao longo destas semanas a aquisição de experiências e o desenvolvimento de competências de maior complexidade alicerçadas nos constructos teóricos adquiridos, baseados no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, são atribuídas competências específicas como: o Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; o Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento n.º 429/2018)

O envolvimento ativo e a valorização das experiências e das práticas serão em comunhão com a componente teórica o ponto de partida para atingir os objetivos posteriormente apresentados, tendo em consideração os meus interesses, necessidades, expectativas e motivações pessoais. A componente de estágio permitirá a consolidação de conhecimentos, facilitando o processo de aprendizagem no contexto direto de prestação de cuidados.

O projeto de estágio encontra-se organizado da seguinte forma: introdução, objetivos de estágio e conclusão e foi elaborado segundo o guia orientador de trabalhos escritos da ESSV.

1. Objetivos de estágio

Neste capítulo apresento os objetivos gerais, os objetivos específicos e os objetivos específicos com indicadores, explanados em duas tabelas, no que ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica dizem respeito, com o intuito de facilitar a sua apresentação e consulta.

Tabela 1 - Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA		
Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Específicos com indicadores
1. Conhecer e integrar a dinâmica organizacional e funcional do SMI da ULS Coimbra	<p>Conhecer a dinâmica e funcionamento do serviço, assim como, os recursos humanos, materiais e métodos de organização de trabalho</p> <p>Integrar-me de forma eficaz na equipa, sendo capaz de prestar cuidados diferenciados ao doente crítico, como estudante do CEMEC-ESPC</p>	<p>Realizar reunião inicial com a Enfermeira responsável pela formação do SMI</p> <p>Realizar, pelo menos um turno, em cada um dos pisos do SMI</p>

12

2. Demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver a responsabilidade profissional ética e legal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC)	<p>Prestar cuidados ao doente valorizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privacidade - Dignidade - Segurança - O sigilo profissional - O direito à informação
3. Colaborar na melhoria contínua da qualidade	<p>Refletir e mobilizar conhecimentos para a melhoria contínua da qualidade no SMI</p> <p>Realizar autoformação diária como ferramenta de suporte e sistematização dos conhecimentos</p> <p>Garantir um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>Colaborar na gestão do risco no SMI</p>	<p>Realização de um momento de partilha/reflexão com a equipa sobre um tema pertinente para os cuidados ao doente crítico no contexto de medicina intensiva</p> <p>Pesquisa diária como fundamentação dos cuidados prestados de acordo com evidência científica atualizada</p> <p>Promover práticas de qualidade</p> <p>Participar, uma vez, na consulta de follow-up do doente crítico pós internamento no SMI</p>

		Conhecer/participar nas atividades de caráter formativo disponíveis no serviço de acordo com os grupos de trabalho existentes
4. Colaborar na gestão e cuidados	Compreender e identificar as funções do enfermeiro especialista enquanto coordenador do SMI Colaborar na gestão de recursos, garantindo a qualidade dos cuidados	Fazer pelo menos um turno, com o Enfermeiro coordenador, num turno da manhã Participar, em pelo menos uma reunião multidisciplinar, acompanhando o enfermeiro coordenador Participar na otimização dos recursos face às necessidades de cuidados, acompanhando o enfermeiro coordenador no exercício das funções que lhe são atribuídas
5. Demonstrar desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolver o autoconhecimento e assertividade enquanto futura enfermeira especialista	Praticar e desenvolver o pensamento crítico e reflexivo Desenvolvimento da gestão de emoções sob pressão durante a prestação de cuidados no SMI

14

	Fortalecer, adquirir e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados prestados	Realização de um relatório de estágio
--	---	---------------------------------------

Tabela 2 - Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crítica

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA		
Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Específicos com indicadores
1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	Prestar cuidados à PSC emergente Diagnosticar precocemente complicações no doente crítico	Atuar de acordo com as alterações de funções vitais e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem prestadas Colaboração na execução de procedimentos técnicos invasivos e complexos

	<p>Estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica</p> <p>Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família</p> <p>Gerir, de forma diferenciada, a dor e o bem-estar do doente crítico, otimizando respostas farmacológicas e não farmacológicas</p>	<p>Cuidar da pessoa com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI)</p> <p>Cuidar da pessoa em ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea)</p> <p>Otimizar técnicas de comunicação adequadas à situação</p> <p>Fazer o acompanhamento das visitas ao doente internado no SMI</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em morte cerebral e manutenção da viabilidade em potencial dador de órgãos</p>
--	--	--

		<p>Compreender como se previne/trata o doente com delirium no SMI</p> <p>Garantir o registo adequado e sistematizado das intervenções de enfermagem</p>
2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	<p>Atuar rápida e eficazmente perante situações de exceção e de emergência</p> <p>Conhecer o plano de emergência e catástrofe para atuação no SMI</p> <p>Compreender a dinâmica da equipa de emergência interna</p>	<p>Consultar/conhecer documentos/protocolos existentes</p> <p>Definir corretamente prioridades de atuação, adequando a intervenção à situação</p> <p>Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem em situação de exceção e catástrofe</p> <p>Fazer, pelo menos um turno, integrando a equipa de emergência interna</p>
3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e	Demonstrar conhecimento atualizado acerca das precauções baseadas nas vias de	Adequar equipamentos de proteção individual

<p>de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<p>transmissão e precauções básicas de controlo de infeção</p> <p>Demonstrar conhecimento de procedimentos de controlo de infeção associados à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica</p>	<p>Respeitar as precauções básicas de controlo de infeção</p> <p>Colaborar na otimização do espaço físico e alocação de doentes com necessidade de isolamento</p> <p>Implementar estratégias pró-ativas para a prevenção e controlo de infeção</p> <p>Avaliar medidas implementadas</p>
---	--	---

Conclusão

Como referido acima, este projeto será um guia orientador, de modo a facilitar a organização e planeamento das atividades a realizar ao longo do estágio, contribuindo para uma melhor consecução dos objetivos definidos e terá um carácter dinâmico, podendo ser alterado e adaptado, de forma a otimizar os resultados na aquisição de competências técnicas, científicas, relacionais, humanas e éticas para a minha formação como futura Enfermeira Especialista.

Ao definir e estruturar objetivos quero maximizar as oportunidades de aprendizagem do longo do estágio, bem como definir uma metodologia de trabalho baseada na reflexão crítica sobre as diversas áreas de aprendizagem de competências nos domínios comuns e específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Importa referir que este será também o ponto de partida para a realização do Relatório Individual de Estágio que marcará o término do ensino clínico.

20

Referências Bibliográficas

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Guia Orientador de Trabalhos Escritos.

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2024). Guia Orientador de estágios CMEMC – EPSC.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – II Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Apêndice III - Medicação de Alta Vigilância, de Alerta Máximo e LASA



Trabalho elaborado por:
Ana Catarina Carvalho;
Beatriz Rovira;
Joana Agostinho.

Medicação de Alta Vigilância, de Alerta Máximo e LASA

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 2º Ano, 3º Semestre
Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos - Serviço de Medicina Intensiva, ULS Coimbra
Ano Letivo 2024/2025

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Fernando Gama
Enfermeiros Tutores Cristina Percutleac, Felisbela Roque, Francisca Simões,
Renata Constantino, Rui Ferreira e Tiago Brito



1/33

Sumário

- Introdução
- 1. Pertinência da temática para o Serviço de Medicina Intensiva
- 2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026
- 3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) e Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e LASA, da Direção-Geral da Saúde
- 4. Procedimentos Específicos a Nível Institucional
- 5. Sugestões de Melhoria
- 6. Exemplos Práticos
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

2/33

Introdução



“A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do desafio global de segurança do doente sobre a medicação – medication without harm, preconiza o reconhecimento da segurança na medicação como um problema global de segurança do doente, recomendando a implementação de estratégias e medidas de melhoria que tenham como foco o doente, os profissionais de saúde, os sistemas e as práticas, bem como os medicamentos em si, identificando como áreas prioritárias de ação os MAM, incluindo os medicamentos LASA, a polimedicação e as transições entre cuidados.”

(World Health Organization, 2018)



(Google Imagens)



O **Institute for Safe Medication Practices**, entidade internacional de referência na área da segurança na medicação, recomenda que sejam adotadas estratégias dirigidas à prevenção dos incidentes relacionados com os MAV.

(Institute for Safe Medication Practices, 2017)

3/33

1. Pertinência da temática para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI)



Alta incidência de erros: Cerca de 8% a 10% dos doentes internados em Serviço de Cuidados Intensivos (SMI) são vítimas de incidentes associados a medicação.



Complexidade dos doentes: Os doentes críticos apresentam situações clínicas vulneráveis e necessitam de múltiplas medicações em simultâneo, aumentando o risco de erros e interações medicamentosas.



Polimedicação: A prescrição de mais de 4 a 5 medicamentos está intimamente relacionada com a probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas.

(Correia e Martins, 2022)



(Google Imagens)



(Google Imagens)

4/33

1. Pertinência da temática para o SMI

Medicamentos de alto risco: No SMI, há uma utilização frequente de MAM, que têm um risco elevado de causar dano significativo ao doente devido a falhas na sua utilização.

Papel crucial dos enfermeiros: Os enfermeiros são responsáveis por cerca de 40% do trabalho relacionado com medicação, sendo a última linha de defesa contra erros.

Ambiente exigente: O stress e o rácio enfermeiro-doente inadequado no SMI contribuem para o aumento do risco de erros de medicação.

(Carmo, 2022; Correia e Martins, 2022)



(Google Imagens)



(Google Imagens)

5/33

2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Em 2002, a OMS colocou a segurança do doente na sua agenda mundial

Em Portugal, a segurança do doente integrou a agenda nacional com uma das prioridades para a melhoria da qualidade, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, pela Direção Geral da Saúde (DGS).

Criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Mais tarde foi renovado e atualizado, estando agora em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

(PNSD 2021-2026)

6/33

2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Segurança do doente
↓
Componente fundamental da qualidade na saúde

Tem como objetivo:

- Consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde.

Encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos.



(Google Imagens)



(PNSD 2021-2026)

7/33



2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Pilar 1. Cultura de Segurança

A cultura de segurança é fundamental para reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para propiciar um ambiente seguro para os profissionais de saúde, e, conseqüentemente para os doentes.

A promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, não deverá ser apenas uma escolha, mas um imperativo para todos os profissionais.

Objetivos Estratégicos:

1. Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.;
2. Avaliar a Cultura de Segurança;
3. Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

(PNSD 2021-2026)

8/33



2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Pilar 2. Liderança e Governança

A liderança nas instituições de saúde é um fator determinante para uma governança de excelência. As lideranças e os gestores das instituições de saúde, devem priorizar o desenvolvimento e criação de condições que permitam garantir uma cultura institucional centrada na segurança dos doentes.

Os conceitos de liderança e governança devem ser interligados com a segurança do doente, como forma de criar um ambiente seguro e facilitador.



Objetivos Estratégicos:

1. Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026;
2. Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.

(PNSD 2021-2026)

9/33



2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Pilar 3. Comunicação

A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros.

A comunicação durante todo o percurso do doente, é vital e fundamental para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, e em que se inclui o doente e a sua família/cuidador.



Objetivos Estratégicos:

1. Otimizar a comunicação intra e interinstitucional;
2. Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados;
3. Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

(PNSD 2021-2026)

10/33



2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

Reporte dos incidentes permitindo a aprendizagem e evitando a repetição do erro. Formação de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e/ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria

O Notifica é um sistema de notificação que visa melhorar a segurança do doente, permitindo a gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde. Os sistemas de notificação são um importante instrumento na persecução da segurança do doente.

(PNSD 2021-2026)



Objetivos Estratégicos:

1. Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica;
2. Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica;
3. Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica.

11/33



2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

A OMS define segurança do doente como uma estrutura de atividades organizadas que promove uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde. Garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes.

O desenvolvimento e a manutenção de práticas seguras em ambientes seguros, é influenciado por diversos aspetos, tais como: a notificação de incidentes e eventos adversos, numa lógica de aprendizagem e melhoria da segurança; a criação de um ambiente onde se possa falar abertamente dos riscos, propor soluções e ter mecanismos de resposta, não punitiva ao erro e, uma cultura transparente e justa.

(PNSD 2021-2026)



Objetivos Estratégicos:

1. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde;
2. Monitorizar a implementação de práticas seguras;
3. Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM);
4. Promover a telessaúde segura.

12/33

3. Norma n° 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde



NORMA I

da Direção-Geral da Saúde

Maria da Graça Gregório de Freitas

NÚMERO: 014/2015
DATA: 06/08/2015

ASSUNTO: Medicamentos de alerta máximo
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; segurança na medicação; medicamentos de alerta máximo
PARA: Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de Janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área de qualidade organizacional, emite a seguinte:

NORMA

1. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia, dos assistentes operacionais, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alerta máximo¹, nomeadamente:



NORMA

Rita Sá Machado

NÚMERO: 008/2023

DATA: 19/12/2023

ASSUNTO: Medicamentos de Alta Vigilância
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Segurança na medicação; Medicamentos de alta vigilância; Medicamentos de Alerta Máximo; Medicamentos LASA
PARA: Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

De 2015 para 2023... O que mudou?

13/33

3. Norma n° 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde



MAV: medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização.

MAM: medicamentos que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Embora os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte.

LASA: medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante (look-alike) ou com nome foneticamente semelhante (sound-alike), que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.



NORMA

Rita Sá Machado

NÚMERO: 008/2023

DATA: 19/12/2023

ASSUNTO: Medicamentos de Alta Vigilância
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Segurança na medicação; Medicamentos de alta vigilância; Medicamentos de Alerta Máximo; Medicamentos LASA
PARA: Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

(Norma n° 008/2023, DGS)

(Norma n° 008/2023, DGS)

14/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

“As instituições prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis por implementar **práticas seguras** no que respeita aos medicamentos de alta vigilância (MAV)”

A que níveis?

- Ambiente sócio-organizacional;
- Informação do medicamento;
- Seleção, aquisição e armazenamento;
- Prescrição;
- Dispensa;
- Preparação e administração;
- Envolvimento do doente e/ou cuidador.

(Norma nº 008/2023, DGS)

15/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

1 Ambiente sócio-organizacional

- Elaborar e divulgar, internamente, as **listas de medicamentos LASA e MAM**;
- Rever e divulgar as listas internas anualmente;
- Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM da instituição;
- Incluir no plano de formação obrigatória anual;
- Promover a **aprendizagem contínua**:
 - notificação de incidentes (Norma nº17/2022, DGS - Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente);
 - divulgar internamente alertas de segurança;
 - rever a lista de medicamentos de acordo com os incidentes ocorridos com estes medicamentos.

(Norma nº 008/2023, DGS)

16/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

2 Informação acerca do medicamento

- Proceder à **parametrização de alertas**, para os MAV, nas **aplicações informáticas** da instituição;
- Definir **procedimentos internos** para classes de medicamentos ou para medicamentos específicos de alerta máximo.

(Norma nº 008/2023, DGS)

17/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

3 Seleção, aquisição e armazenamento

- Selecionar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;
- Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, que garantam a sua **separação física** e a sua **correta identificação**, incluindo a **rotulagem**, designadamente através de:
 - Armazenamento separado (LASA e DCI);
 - Sinalização com grafismo diferente, aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e a negrito (LASA);
 - Sinalização com utilização de cores ou pictogramas (MAM e DCI);
 - Padronizar as condições de acesso aos MAM;
 - Interditar a sua existência nos stocks de apoio dos serviços clínicos, quando não sejam absolutamente necessários.

(Norma nº 008/2023, DGS)

18/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

4 Prescrição

- Desenvolver estratégias e implementar medidas, nas situações legalmente previstas, em que a prescrição eletrónica de medicamentos, em particular dos MAV, não for possível:



Nas prescrições manuais
Nas indicações/pedidos orais (situações de emergência)

- Padronizar os regimes de dose (MAM)

(Norma nº 008/2023, DGS)

19/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

5 Dispensa

- Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: **identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração, hora de administração;**
- Implementar sistemas automatizados/semiautomatizados de validação da dispensa de medicamentos.

(Norma nº 008/2023, DGS)

20/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

6 Preparação e administração

- Reforçar para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e em particular, no caso dos MAM, utilizar dupla verificação independente dos critérios mínimos obrigatórios;
- Padronizar as formas de cálculos para as doses que requerem preparação;
- Padronizar os rótulos com a prescrição ou com o registo para a administração;
- Utilizar dispositivos com conexões seguras;
- Recusar a administração de medicamentos manualmente prescritos com letra ilegível;
- Centralizar, sempre que possível, o processo de preparação dos MAM na farmácia ou no hospital de dia;
- Definir procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão;
- Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas, os registos de administração e a programação das bombas de perfusão;
- Implementar sistemas automatizados/semiautomatizados para validação antes da administração de medicamentos.

(Norma nº 008/2023, DGS)

21/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

7 Envolvimento do doente e/ou cuidador

- Promover a literacia em saúde, relacionada com o medicamento, em particular sobre os MAV, sensibilizando os doentes, familiares e cuidadores para os seus riscos, cuidados na sua utilização e formas de administração;
- Implementar medidas que garantam que durante o processo de gestão da medicação, os profissionais de saúde prestam informação clara e adequada aos doentes, familiares e cuidadores sobre os MAV;
- Avaliar, de forma regular, o grau de conhecimento dos doentes, familiares e cuidadores sobre os MAV;
- Estimular a notificação espontânea por parte dos doentes, familiares e cuidadores, de incidentes relacionados com a medicação, particularmente no caso dos MAV.

(Norma nº 008/2023, DGS)

22/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

Exemplos de MAM:

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametónio, atracúrio, cisatracúrio, pancurónio, rocurónio, vecurónio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

(Norma nº 008/2023, DGS)

Exemplos de LASA:

Aciclovir	GANciclovir / VALAciclovir / VALGANciclovir
ADRENALina	aTROPina
ALEmtaniolo	fentanilo / Sulfentanilo
alsuRIBicilol	IsuPReidol
amiNOFlina	amLODIPina / amioDARona
azaTIOPRina	azaCITIDina
BETAmetasona	DEXAmetasona
BUpivacaína	ROpivacaína / LEVOBupivacaína
buPROPiona	IsuPIRona
caLCITRiol	caRVEDiol
caRBOPolina	caSPolina
caFCOLina	ceFOXITina / ceTAZIDilina / ceTRIAOXona / ceOTAXIMA
CIPROfloxacina	LEVOfloxacina
clatopram	EScitalopram
CLARITROMicina	clPROFLOXAcina
cluMIPARlina	cluKOPROMAZina
CLONazepam	cluBAZam / Diazepam / LOZazepam / OXazepam
clonIDina	cluzAPina
cloroDIAZEPÓXIDO	cloroPROMAZINA
cluzAZEPam	cluzAZEm
DOBUtamina	DOPamina
DOCEtazel	PAclitaxel
DOXRubicina	IDArubicina
DULoreína	FLUoreína / PARoletina
fentanilo	Sulfentanilo
idarRUBICINA	idarUCIZUMAB
INFLiximab	RTUXimab
lanTRUDina	lanOTRIGina
levETIRACETAM	levOCARNITINA
levoMPROMAZina	levoTIROXina
meFORMINA	meRONIDAZOL
MIPERISTONA	miSOPROSTOL
moMICAína	miOXANTRONA
morfina	HIDROMorfona
niMOdipina	nifEdipina
OLANzapina	QUETiapina
propRANOLol	propofol
rifaMPCina	rifaXIMina
sulfadiazina	SulfasSALazina
traMADOL	traZODONA

23/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde

Sinalização com utilização de pictogramas dos medicamentos denominação comum internacional (DCI) mas com diferentes dosagens e MAM



Sinalização de medicamentos com a mesma DCI, mas com diferentes dosagens.



Sinalização de MAM.

(Norma nº 008/2023, DGS)

24/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde



Regras de aplicação do método de inserção de letras maiúsculas:

Para a diferenciação de dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

hidralazina	Altera-se para:	hidrALAZINA
hidroxizina		hidrOXIZINA



hydrALAZINA	Altera-se para:	hydrALazina
hidroxIZINA		hidroxizina

(Norma nº 008/2023, DGS)

25/33

3. Norma nº 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos LASA, da Direção-Geral da Saúde



Regras de aplicação do método de inserção de letras maiúsculas:

Para a diferenciação de mais do que dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

daunorrubicina	Altera-se para:	DAUNORRUBICINA
doxorubicina		DOXORRUBICINA
epirubicina		EPIRRUBICINA
idarrubicina		IDARRUBICINA



DAUNORRUBICINA	Altera-se para:	DAUNOrubicina
DOXORRUBICINA		DOXOrubicina
EPIRRUBICINA		EPirubicina
IDARRUBICINA		IDArrubicina

(Norma nº 008/2023, DGS)

26/33

4. Procedimentos Específicos a Nível Institucional

PE-02.00: Procedimento Específico para o Uso Seguro de Medicação:
Rotulagem de Preparação de Medicamentos

PE-03.00: Procedimento Específico para o
Uso Seguro de Medicação: Medicamentos LASA

PE-04.00: Procedimento Específico para o Uso Seguro de Medicação:
Medicamentos de Alerta Máximo



(Google Imagens)

(ULS Coimbra, 2019)

27/33

4. Procedimentos Específicos a Nível Institucional

PE-03.00: Procedimento Específico para o Uso
Seguro de Medicação: Medicamentos LASA

PE-04.00: Procedimento Específico para o Uso
Seguro de Medicação: MAM

Estratégias na rotulagem de medicamentos:

- Método Tall Man Lettering;
- Negrito, itálico, colorido ou aumento do tamanho das letras maiúsculas;
- Códigos de barras do medicamento;
- Forma farmacêutica e dosagem;
- Diferentes localizações medicamentos LASA (e não por ordem alfabética);
- "Dupla verificação" no fornecimento, distribuição, preparação e administração destes medicamentos.

- Lista de MAM disponíveis na instituição;
- Limitação do número de apresentações;
- Interdição de stocks destes medicamentos nos serviços clínicos, salvo exceções;
- Sensibilização e formação dos profissionais;
- Alertas nos sistemas informáticos;
- "Dupla verificação";
- Sinalética própria nos rótulos e armazenamento segregado;
- Stock de antídotos.

(ULS Coimbra, 2019)

28/33

5. Sugestão de melhoria...



<p>*código farmácia*</p> <p>Furosemida</p> <p>20mg/2mL Sol inj Fr 1 mL IV</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>amioDARona</p> <p>150 mg/3mL Sol inj Fr 3 mL IV</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>Noradrenalina</p> <p>1mg/mL Sol inj Fr 5 mL IV 1mg/mL Sol inj Fr 10 mL IV 1mg/mL Sol inj Fr 50 mL IV</p>
<p>*código farmácia*</p> <p>Midazolam</p> <p>15mg/3mL Sol inj Fr 3 mL IV IM 50mg/10mL Sol inj Fr 10 mL IV IM Retal</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>aDRENALina</p> <p>1mg/1mL Sol inj Fr 1 mL ICardiaca IM IV SC</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>Insulina Humana (solúvel)</p> <p>100 UI/mL Açãõ curta Sol inj Fr 10 mL IV SC</p>
<p>*código farmácia*</p> <p>Heparina Sódica</p> <p>25000 UI/ 5mL Sol inj Fr 5 mL IV SC</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>CLONazepam</p> <p>1mg/1mL Sol inj Fr 1 mL IM IV SC</p>	<p>*código farmácia*</p> <p>Metilprednisolona</p> <p>40mg/1mL Sol inj Fr 1 mL IM IV 125mg/1mL Sol inj Fr 1 mL IM IV</p>

29/33

6. Exemplos práticos...



⚠ Ampolas de **Noradrenalina** e **Dopamina** muito semelhantes



200mg Isavuconazol = 372,6 mg Sulfato de Isavuconazol

⚠ Confirmar prescrição médica!



⚠ 1mg/8.5mL ?
ou
0,1mg/ml = 0,85/ampola ?

30/33

Conclusão

A segurança do medicamento é extremamente pertinente nos cuidados intensivos devido à complexidade e vulnerabilidade dos doentes, ambiente stressante de prestação de cuidados e risco elevado de ocorrência de erros

É fundamental implementar estratégias que promovam a segurança na utilização de medicamentos em cuidados intensivos, tais como a “dupla verificação”

A formação inadequada dos profissionais contribui para o aumento do risco de incidentes relacionados com a medicação, uma vez que a inovação e a evidência técnica e científica associada aos medicamentos e à sua gestão do risco se encontram em permanente evolução

...mesmo com medidas de diferenciação visual, a leitura do rótulo do medicamento sempre que este é acedido, ao invés do simples reconhecimento visual do mesmo, deve ser uma prática universal. **!**

É necessária a formação contínua das equipas

31/33

Referências Bibliográficas

- Carmo, A. (2022). Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos [Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus]. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32132/1/Mestrado-Enfermagem_Medico_cirurgica_A_Pessoa_em_Situacao_Critica-Andre_Filipe_Martins_do_Carmo.pdf
- Correia, I., & Martins, M. L. (2022). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 111–122. <https://www.redalyc.org/journal/6777/677774252010/html/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 | 2026. Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde, 1–66. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>;
- Direção Geral da Saúde. Norma nº17/2022. Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente [Internet]. Portugal:DGS; 2022 dez 19 [citado 2023 out]. 20p. Disponível em: https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023. Medicamentos de Alta Vigilância. Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde, 1–28. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Institute for Safe Medication Practices. Acute Care. ISMP, Medication Safety Alert! Educating the Healthcare Community About Safe Medication Practice [Internet]. ISMP: 2017. Disponível em: <https://avamosmedicaldevices.com/wp-content/uploads/2020/11/ISMP-MSA-Sept-2017-ENFit-Adapters.pdf>.
- World Health Organization. Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Strategic Framework [Internet] Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.

32/33



Trabalho elaborado por:
Ana Catarina Carvalho;
Beatriz Rovira;
Joana Agostinho.

Medicação de Alta Vigilância, de Alerta Máximo e LASA

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica – 2º Ano, 3º Semestre
Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos - Serviço de
Medicina Intensiva, ULS Coimbra
Ano Letivo 2024/2025

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Fernando Gama
Enfermeiros Tutores Cristina Perculeac, Felisbela Roque, Francisca Simões,
Renata Constantino, Rui Ferreira e Tiago Brito



33/33

Apêndice IV - Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência

Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Unidade Curricular – Estágio em Urgência do 3º Semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica
Serviço de Urgência (Polo A), ULS de Coimbra
Ano letivo: 2024/2025
Orientação pedagógica: Professor Eduardo Santos

Trabalho elaborado por:
Ana Catarina Carvalho
Diana Borges

OBJETIVO GERAL

Capacitar os enfermeiros do SU para a otimização da ventilação não invasiva (VNI) na pessoa em situação crítica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ➔ Definir o conceito de VNI
- ➔ Descrever os diferentes modos ventilatórios
- ➔ Identificar a oxigenoterapia por alto fluxo como alternativa de suporte ventilatório não invasivo
- ➔ Identificar as vantagens e complicações da VNI
- ➔ Identificar os diferentes tipos de interface
- ➔ Descrever intervenções de enfermagem para a melhoria da adesão e conforto da VNI

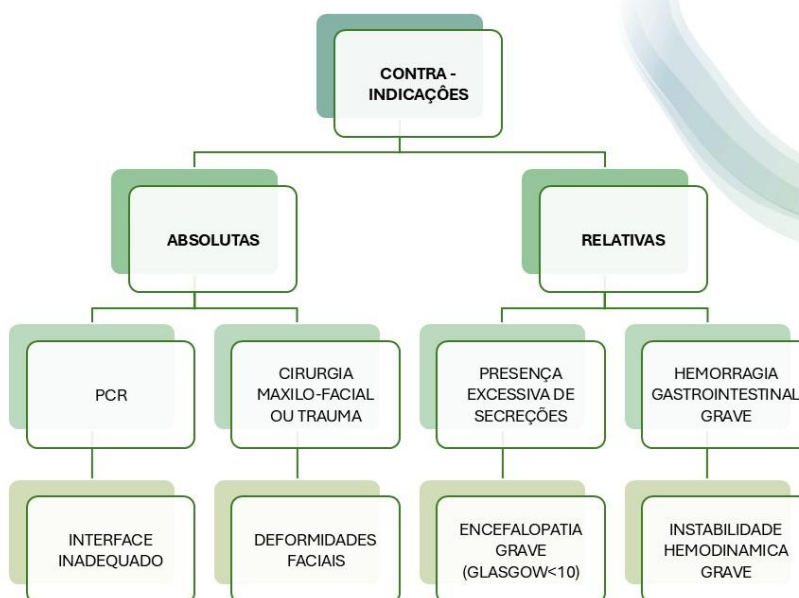
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

A VNI é um **método de suporte ventilatório** aplicado na via aérea superior, com recurso a um *interface*, sem a presença de um método invasivo

Tem como finalidade **aumentar a ventilação alveolar**, corrigindo as trocas gasosas de forma a **reverter/prevenir quadros de insuficiência respiratória**

- ➔ ↓ dispneia
- ➔ ↓ trabalho ventilatório
- ➔ melhorar as trocas gasosas,
- ➔ evitar a entubação traqueal
- ➔ ↓ reduzir a taxa de mortalidade
- ➔ ↓ tempo de internamento

(Keenan et al., 2011)



(Roque et al., 2014 citado por Severino 2016)

EQUIPAMENTOS

Mais utilizados

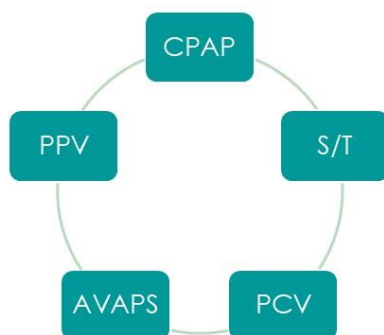
- V 60
- Trilogy Evo



FONTE: <https://www.philips.pt/>

MODOS VENTILATÓRIOS

Ventilador Respironics V60/V60 Plus



PhilipsRespironics. (n.d.). Ventilador Respironics V60/V60 Plus: Manual do usuário. Philips. <https://www.philips.com>

OXIGENOTERAPIA POR ALTO FLUXO

- Alternativa para o suporte ventilatório não invasivo
- FiO₂ até 100% e um fluxo máximo de 60 L/min
- Técnica aplicada no SU com bons resultados
- Técnica eficaz e segura na IRA
- Concilia a melhoria da oxigenação e tolerabilidade dos doentes



Fonte: Google Imagens

(Pires, Marques e Masip, 2022)

VANTAGENS DA VNI

- Promove o conforto e autonomia
- Permite a comunicação
- Permite a alimentação e hidratação orais
- Não é exclusiva do SMI
- Preserva os mecanismos de defesa da via aérea
- Diminuição dos riscos associados à ventilação invasiva
- Redução do tempo de internamento, da mortalidade e morbidade
- Redução de custos associados

(Ferreira et al., 2009)

(Macintyre, 2019)

COMPLICAÇÕES DA VNI

- Xerostomia
- Congestão nasal
- Sensação de claustrofobia
- Úlceras por pressão
- Dor ou desconforto causados pela máscara
- Distensão abdominal, aerofagia
- Acumulação de secreções
- Conjuntivite, irritação ocular
- Comunicação comprometida
- Hipotensão arterial
- Assincronia doente-ventilador
- O maior risco da VNI é o atraso excessivo na intubação

(Fernandes et al, 2023)

DIFERENTES TIPOS DE INTERFACE

INTERFACES



Fonte: Google Imagens

Máscara nasal

INTERFACES



Máscara facial total

INTERFACES



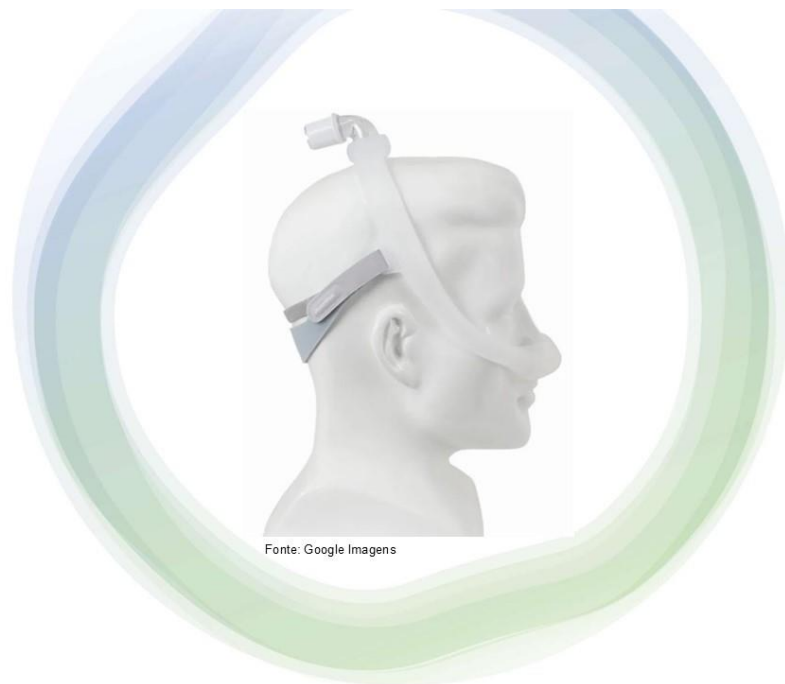
Capacete ou Helmet

INTERFACES



Peça bucal

INTERFACES



Almofadas nasais

INTERFACES



Máscara oro-nasal

Fonte: Google Imagens

INTERFACES

Como escolher?

- gravidade da situação
- tipo de ventilador e modo ventilatório
- pressões utilizadas
- preferência do doente
- idade
- período de tempo estimado para uso da VNI
- grau de colaboração do doente
- complicações prévias
- morfologia da face
- conforto

(Scala et al., 2020)

INTERFACES

Fuga, qual o valor?

0 – 6 LPM	DEMASIADO AJUSTADO
7 – 25 LPM	CORRETO
26 – 60 LPM	AJUSTAR
> 60 LPM	PRECAUÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

ADESÃO E CONFORTO

- Explicar o procedimento ao doente
- Posicionar o doente numa posição confortável e com a cabeceira elevada
- Adequar o tamanho e o tipo de máscara ao rosto do doente
- Manter as próteses dentárias em doentes conscientes
- Verificar a existência de possíveis fugas, contornando a máscara com as mãos
- Proteção na pirâmide nasal
- Humidificação e palição de sintomatologia (dispneia, ansiedade ou dor)
- Prestar cuidados oftalmológicos frequentes
- Promover interrupções da terapia, se toleradas pelo doente, para permitir a comunicação, alimentação e hidratação
- Monitorizar sinais vitais e estado de consciência
- Prestar cuidados de higiene oral frequentes
- Reavaliação contínua e alternar interface, se possível
- Ensinar técnica de relaxamento e controlo de respiração

PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

- 5 – 30% (nas primeiras horas)
- 100% (48h)
- **MAS**, 95% são evitáveis!

Intervenções em estudo:

- Métodos barreira (eficazes mas divergentes)
- Solução de proteção da pele (pele íntegra-71%)
- Implementação de protocolo(0% de ocorrência)

Prevenção de lesões por pressão na face associadas à ventilação não invasiva: scoping review

Prevention of face pressure injuries associated with non-invasive ventilation: scoping review

Daniela Oliveira Costa¹, Inês Sofia Oliveira Gonçalves², Maria Loureiro^{3,4}

¹IME - Centro Médico Avenida, Braga, Portugal

²Hospital São João, Góia, Portugal

³Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

⁴Centro de Engenharia em Saúde e Ambiente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

⁵UNISD - Centro de Investigação em Saúde e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

*Autor correspondente/Corresponding author: danielaco@uevicta.com

Recebido/Received: 20-09-2021; Revisão/Revised: 23-06-2022; Aceite/Accepted: 16-07-2022

PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

Quais as estratégias de prevenção da UPP, associadas à utilização da VNI, na pessoa em situação crítica?

- Utilização de um interface adaptado e confortável
- Inspeção diária da pele
- Alívio frequente do interface
- Alternância, se possível, com outros dispositivos
- Preparação correta da pele (AGHO)

Prevenção de Úlcera por Pressão associada à utilização de Ventilação Não Invasiva na pessoa em situação crítica

Inês Santos, Marta Dias, Sofia Oliveira
ELCOS – Curso Avançado Feridas Complexas
Fevereiro, 2023

PREVENÇÃO DE LESÕES NA PELE

AVALIAÇÃO DA PELE
nas zonas em contato
com a máscara.

LIMPEZA ADEQUADA
E SECAGEM DA PELE

BARREIRA PROTETORA
aplicar uma barreira cutânea
protetora, com o spray de
AGHO

REAJUSTE FREQUENTE
da máscara a cada 2 a 4 horas, evita pontos de pressão prolongados.

Azevedo, Manuel & Alves (2024)

PREVENÇÃO DE IACS

A HIGIENE ORAL ADEQUADA É A INTERVENÇÃO MAIS
IMPORTANTE PARA EVITAR AS IACS

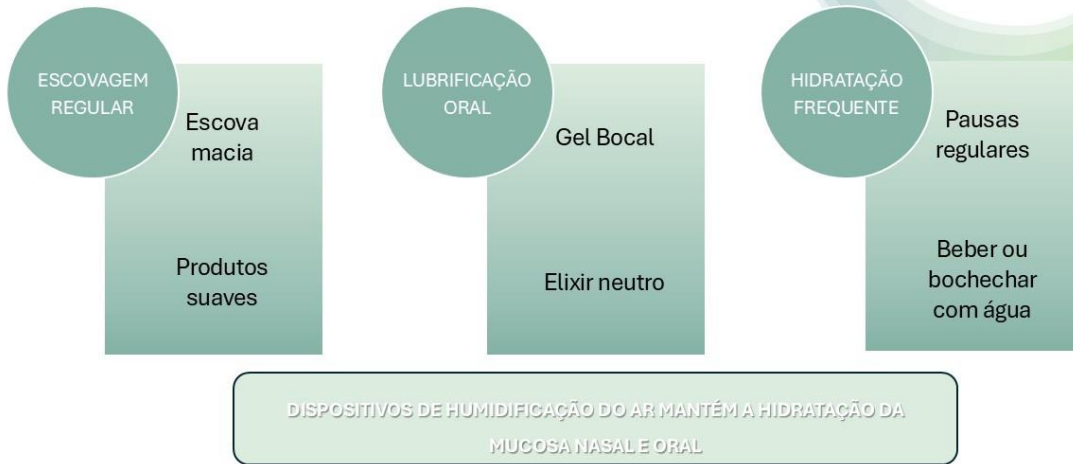
O kit diário para higiene oral, limpa e aspira ao mesmo tempo. A escova possui cerdas macias que evitam lesões na mucosa, tem sistema de aspiração integrado que reduz risco de bronco-aspiração. Sistemas de uso único.

Warren, Medei, Wood, e Schutte (2019)



Fonte: <https://images.app.goo.gl/h9zhZPEA3HZXVBS36>

PREVENÇÃO DE IACS



Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019)

EFICÁCIA DA VNI

- Formação e experiência de toda a equipa
- Abordagem correta do doente
- Equipamento e local apropriados
- Seleção criteriosa e adequada dos doentes e interfaces
- Início atempado
- Obtenção de uma boa sincronia doente-ventilador
- Configurações adequadas do ventilador
- Implementação de protocolos
- Monitorização rigorosa
- Gestão proativa

Masip et al. (2018)

PONTOS-CHAVE



QR CODE



Scan me!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Clinical Innovation (N.S.W.). (2023). *Non-invasive ventilation for patients with acute respiratory failure : clinical practice guide*.
- Azevedo, R., Manuel, T., & Alves, P. (2024). *Intervenções de ventilação não invasiva para prevenção de lesões de pele: Revisão de escopo*. *Enfermeiros Rep.*, 14(1), 56-65. <https://doi.org/10.3390/nurses14010005>
- Carron M, Freo U, Bahammam A, Dellweg D, Guaracino F, Cosentini R, Feltracco P, Mianello A, Ori C, Esquinas A. Complications of noninvasive ventilation techniques: a comprehensive qualitative review of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia* 110 (6) 896–914, 2013.
- Costa, D. O., Gonçalves, I. S. O., & Loureiro, M. (2022). *Prevenção de lesões por pressão na face associadas à ventilação não invasiva: Scoping review*. *RevSALUS*. Doi: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i3.202>
- Direção Geral de Saúde. *Úlceras de Pressão*. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/orientacao_ulceraspdf.pdf.aspx.
- Fernandes, S., Veiga-Branco, M., & Rodrigues, P. (2019). The critically ill person submitted to non-invasive ventilation in an emergency department. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 13-22. <https://doi.org/10.12707/RIV19027>
- Fernandes, A. F. F., & Veiga-Branco, M. A. R. (2023). Intervenções interdependentes de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade -cuidados em ventilação não invasiva. *Milenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(21), 1-8, e28233. DOI: https://doi.org/10.29352/mil0220_28233
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655-667. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30162-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30162-8)
- MacIntyre, N. R. (2019). Physiologic effects of noninvasive ventilation. *Respiratory Care*, 64(6), 617–628. <https://doi.org/10.4187/respcare.06635>
- Masip, J., Peacock, W. F., Price, S., Cullen, L., Martín-Sánchez F. J., Seferovic, P., Maisel, A. S., Miro, O., Filippatos, G., Vrints, C., Christ, M., Cowie, M., Platz, E., McMurray, J., DiSomma, S., Zeymer, U., Bueno, H., ... Committee on Acute Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. (2018). Indications and practical approach to non-invasive ventilation in acute heart failure. *European Heart Journal*, 39(1), 17–25. <https://doi.org/10.1093/eurheart/ehx580>
- National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). *NPIAP Pressure Injury Stages*. Disponível em: <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>
- Pires P, Marques C, Masip J. Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Rev da Soc Port Med Interna*. 2018 Abr;25(2):123–33.
- Santos, I. B. D. C., Dias, M. D., & Oliveira, S. (2023). Prevenção de Úlcera por Pressão Associada à Utilização de Ventilação Não Invasiva na Pessoa em Situação Crítica (Trabalho nº71).
- Scala, R., Accurso, G., Ippolito, M., Cortegiani, A., Iozzo, P., Vitale, F., Guidelli, L., & Gregoret, C. (2020). Material and technology: Back to the future for the choice of interface for non-invasive ventilation - A concise review. *Respiration*, 99(9), 800–817. <https://doi.org/10.1159/000509782>
- Severino, S. (2016). Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*, 365-380.
- Warren, C., Medel, M., Wood, B., & Schutte, D. (2019). A nurse-driven oral care protocol to reduce hospital-acquired pneumonia: Using evidence-based practice to create a high-priority, high impact daily intervention. *American Journal of Nursing*, 119(2), 44-51. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01>



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Unidade Curricular – Estágio em Urgência do 3º Semestre do
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na
área de enfermagem à pessoa em situação crítica
Serviço de Urgência (Polo A), ULS de Coimbra
Ano letivo: 2024/2025
Orientação pedagógica: Professor Eduardo Santos

Trabalho elaborado por:
Ana Catarina Carvalho
Diana Borges

