



Prevenção da Síndrome de Pós-Internamento de Cuidados Intensivos. Criação de uma Consulta de *Follow-up* numa Unidade de Cuidados Intensivos

Pedro Miguel dos Santos Gomes

UMinho | 2022



**utad** UNIVERSIDADE  
DE TRÁS-OS-MONTES  
E ALTO DOURO

**Universidade do Minho**

Escola Superior de Enfermagem

Pedro Miguel dos Santos Gomes

**Prevenção da Síndrome de Pós-Internamento de Cuidados Intensivos (SPICI). Criação de uma Consulta de *Follow-up* numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Outubro de 2022



**utad** UNIVERSIDADE  
DE TRÁS-OS-MONTES  
E ALTO DOURO

**Universidade do Minho**

Escola Superior de Enfermagem

Pedro Miguel dos Santos Gomes

**Prevenção da Síndrome de Pós-Internamento de  
Cuidados Intensivos (SPICI). Criação de uma Consulta de  
*Follow-up* numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Relatório de estágio

Mestrado em enfermagem da pessoa em situação crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Paula Encarnação

Outubro, 2022

*"Ser enfermeiro requer inteligência e disciplina para adquirir conhecimento e poder exercer o pensamento crítico"*

Tilda Shalof

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho.



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

O meu agradecimento a todos os que ao longo deste percurso contribuíram para a concretização deste projeto académico.

O especial agradecimento à minha esposa, pelo permanente incentivo para a superação desta etapa, bem como a infindável compreensão para momentos de maior ausência pessoal no contexto familiar.

Ao meu filho, por todos os momentos de ausência em que não pude participar nas brincadeiras e atividades decorrentes de um menino de 5 anos.

A todos os enfermeiros, em particular aos enfermeiros supervisores de estágio, com os quais tive o prazer de estagiar e que contribuíram para o meu enriquecimento profissional.

Um especial obrigado à Professora Doutora Paula Encarnação, pela orientação, exigência e cordialidade na realização do estágio e posterior elaboração deste relatório de estágio.

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Universidade do Minho, 29 de outubro de 2022

Nome completo \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Assinado por: Pedro Miguel dos Santos Gomes  
Identificação: B111930163  
Data: 2022-10-29 às 18:08:51

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular de Opção - Estágio e tem como objetivos: redigir um relatório que permita descrever e analisar as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica adquiridas durante o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e desenvolver um projeto de intervenção em serviço, alicerçado na Metodologia de Trabalho de Projeto, sobre uma problemática identificada na prática da enfermagem no contexto da pessoa em situação crítica. O estágio realizado num hospital da Região Norte de Portugal permitiu que tomasse um contacto mais próximo com a pessoa em situação crítica e o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Proporcionou um vasto leque de experiências, vivências e partilha de situações em contexto real, muito enriquecedoras tanto a nível pessoal como a nível profissional. Contribuiu significativamente para a tomada de decisão clínica, aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e na procura permanente da qualidade e excelência do exercício profissional, tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados especializados definidos pela Ordem dos Enfermeiros. A evolução e desenvolvimento tecnológico assim como a melhoria dos cuidados praticados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tem proporcionado um aumento do índice de sobrevivência do doente crítico, porém, verifica-se um agravamento das alterações físicas, cognitivas e psicológicas no doente, após a alta clínica, denominada de Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Os Estados Unidos da América (EUA) e a nível europeu, os países escandinavos, têm debatido a temática e implementado com sucesso programas de *follow-up* do doente crítico, emitindo *guidelines* para a padronização das intervenções dos profissionais de saúde. Da *rapid review* realizada, analisaram-se sete (7) artigos e verificou-se que a presença de programas de *follow-up* contribuem para a diminuição do stress pós-traumático e melhoria da qualidade de vida dos doentes após alta clínica da UCI. O projeto de intervenção desenvolvido na UCI teve como objetivo sensibilizar os enfermeiros e respetivos gestores para o impacto da SPICI no doente crítico e a importância do seu *follow-up* após alta clínica. A elaboração e proposta de uma matriz da consulta de *follow-up* poderá ser facilitadora do processo de implementação desta consulta na unidade hospitalar onde decorreu o estágio.

**Palavras-Chave:** *follow-up*, síndrome de internamento em cuidados intensivos, doente crítico, unidade de cuidados intensivos, qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

This report appears within the scope of the Master's Degree in Nursing of the Person in Critical Condition, in the Optional Curriculum Unit - Internship and aims to: write a report that allows to describe and analyse the skills of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Condition acquired during the internship in a Multipurpose Intensive Care Unit and to develop an intervention project in service, based on the Project Work Methodology, on a problem identified in nursing practice in the context of the person in critical condition. The internship was carried out in a hospital in the Northern Region of Portugal and allowed to have a closer contact with the person in critical condition and the work carried out by nurses specialists in medical-surgical nursing. It provided a wide range of experiences and sharing of situations in a real context which were very enriching both personally and professionally. It contributed significantly to clinical decision-making, acquisition and development of common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing in the area of the person in critical condition and in the permanent search for quality and excellence in professional practice, based on the standards of quality of specialized care defined by the Portuguese Order of Nurses. The evolution and technological development, as well as the improvement of the care practiced in the Intensive Care Units (ICU) have provided an increase in the survival rate of the critically ill patient, however, there is a worsening of the physical, cognitive and psychological changes in the patient, after clinical discharge, named Post-Intensive Care Syndrome (PICS). The United States of America (USA) and at European level, the Scandinavian countries, have debated the issue and successfully implemented follow-up programmes for critically ill patients, issuing guidelines for the standardization of interventions by health professionals. From the rapid review carried out, seven (7) articles were analysed and it was found that the presence of follow-up programmes contributes to the reduction of post-traumatic stress and improvement in the quality of life of patients after clinical discharge from the ICU. The intervention project developed at the ICU aimed to sensitize nurses and their managers to the impact of PICS on critically ill patients and the importance of their follow-up after clinical discharge. The development and proposal of a matrix for the follow-up appointment may facilitate the process of implementing this appointment in the hospital unit where the internship took place.

**Keywords:** *follow-up* care, post intensive care syndrome, critical illness, intensive care unit and quality of life



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS</b> .....	15
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO .....	15
1.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	17
1.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	18
1.2.2. Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica .....	25
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	33
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	33
2.2. OBJETIVOS DO TRABALHO DE PROJETO .....	35
2.3. PLANEAMENTO .....	36
2.4. EXECUÇÃO.....	38
2.5. AVALIAÇÃO.....	54
2.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
<b>CONCLUSÃO</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	59
<b>ANEXOS</b> .....	65
ANEXO I – Parecer do Conselho de Enfermagem N° 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros .....	66
ANEXO II - Formulário para consulta de <i>follow-up</i> do doente crítico .....	78
ANEXO III – Teste para avaliação cognitiva - MINI-COG .....	80
ANEXO IV – Escala para avaliação da fragilidade física - Clinical Frailty Scale (CSF).....	83
ANEXO V – Escala para avaliação da mobilidade - ICU Mobility Scale (IMS).....	85
ANEXO VI – Teste para avaliação do delirium (CAM ICU) .....	87
ANEXO VII - Escala para avaliação da Ansiedade (CAD 7) .....	89
ANEXO VIII – Escala para avaliação da Depressão (PHQ-9).....	91
ANEXO X – Plano da Atividade Formativa .....	95
ANEXO XI – Apresentação de PowerPoint.....	97
ANEXO XII – Questionário do Formando.....	121

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Fluxograma da seleção da seleção dos estudos .....	43
--	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica .....	26
Tabela 2 - Cronograma das atividades a executar durante o estágio.....	38
Tabela 3 - Resumo dos artigos extraídos e inclusos na pesquisa .....	47
Tabela 4 - Resultados obtidos na aplicação do questionário avaliativo da sessão de formação.....	54

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Nível de conhecimentos no início da formação .....	55
Gráfico 2 – Nível de conhecimentos no final da formação.....	56
Gráfico 3 - Balanço de conhecimento após a sessão de formação .....	56

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACSA – Agência de Calidad Sanitária de Andalucía

APA - *American Psychological Association*

BIS - Índice Bispectral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto Lei

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OVA – Obstrução da Via Aérea

p. - Página

PA – Pressão Arterial

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PICS – Post-Intensive Care Syndrome

PICS-F – Post-Intensive Care Syndrome - Family

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Vascular Central

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SPICI-F - Síndrome pós-Internamento em Cuidados Intensivos na Família

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TOT – Tubo Orotraqueal

TVM – Traumatismo Vertebral Medular

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## **INTRODUÇÃO**

Este documento enquadra-se no Relatório de estágio a desenvolver em contexto de estágio numa unidade de cuidados intensivos de um hospital na Região Norte do país, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme preconizado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola de Enfermagem de Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A Enfermagem Especializada em Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica concebe e implementa cuidados diferenciados face às necessidades das pessoas que vivenciam processos complexos de doença crítica, cujas funções vitais básicas estão em risco, previne complicações e delimita incapacidades. Na procura de um crescimento profissional, pessoal e no desenvolvimento de competências específicas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, optei pela realização do estágio numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), de um hospital da Região Norte do país perspetivando a minha evolução profissional no sentido da excelência.

O crescente do número de doentes sobreviventes a doença crítica nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tem despertado uma crescente preocupação acerca do verdadeiro impacto das consequências da Síndrome de Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) no que respeita ao doente, à família e à sociedade (Prevedello et al., 2020).

Apesar da SPICI ter sido descrita pela primeira vez apenas em 2012 por Dale Needham (Lago, 2020), que tem sido um grande impulsionador para a compreensão e desenvolvimento da temática da SPICI em ambiente de cuidados intensivos, com mais de 100 artigos publicados sobre o tema (Pulm PEEPs, 2022), num total de mais de 400 artigos publicados (Johns Hopkins Medicine, 2022), tendo estado envolvido nos trabalhos de Ohtake et al., (2018) e Brown et al., (2019).

Presentemente, existe uma grande preocupação e empenhamento dos profissionais de saúde, assim como, da entidade reguladora da saúde em Portugal, de diminuir a incidência e prevalência da doença após alta clínica do doente crítico. Neste contexto, estão a ser implementadas medidas específicas para prevenir e mitigar as consequências desta síndrome, através da inclusão de indicadores de qualidade nos serviços de medicina intensiva. No que concerne aos cuidados ao doente crítico, há um incremento de consultas de *follow-up* nas UCI assim como a criação do processo assistencial do doente crítico (Nuñez et al., 2020).

A SPICI causada pelo transtorno do internamento de um doente em cuidados intensivos, não se resume unicamente ao impacto que tem no doente em estado crítico. A família é uma parte integrante desse mesmo sofrimento nas vertentes, funcional, organizacional, emocional e também económica. (Inoue et al., 2019).

No presente, a consulta de *follow-up* começa a ser implementada de uma forma generalizada a nível mundial, com especial incidência nos Estados Unidos da América e nos países do norte da Europa, onde os programas de *follow-up* estão bem documentados (Villa et al., 2021). Em Portugal, também existem algumas unidades de cuidados intensivos que disponibilizam esta consulta (e.g., Hospital Pedro Hispano, Hospital de Santa Luzia e Hospital de Santo António). Na Região Norte do país, existem uma pequena amostra de UCI que disponibilizam esta consulta aos seus doentes, sendo um desses hospitais, o Hospital Pedro Hispano que foi o pioneiro na implementação desta consulta em Portugal e, é reconhecido internacionalmente como uma referência nesta área, tendo inúmeros estudos realizados na assistência ao doente crítico. Pretendi desenvolver um projeto de intervenção durante o estágio, a decorrer numa unidade de cuidados intensivos na Região Norte do país, que ainda não disponibiliza a consulta de *follow-up* ao doente crítico. Foi meu objetivo contribuir para a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico na UCI de um hospital da Região Norte de Portugal.

Estruturalmente, este relatório está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo assenta na contextualização dos campo de estágio e na descrição e reflexão das competências do enfermeiro especialista e no segundo capítulo irei recorrer à Metodologia de Trabalho de Projeto, para apresentar as diferentes etapas do projeto de intervenção: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados. A metodologia de projeto assenta numa investigação centrada num problema real, com implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática baseada e fundamentada na evidência. Esta metodologia caracteriza-se por ser uma atividade intencional e com objetivos definidos, pressupõe iniciativa, autonomia, complexidade e originalidade por parte do investigador, sendo ainda marcada pelo seu caráter prolongado e faseado (Ruivo & Ferrito, 2010).

Ainda no segundo capítulo será abordada a temática da SPICI, onde será explanada a definição da SPICI, assim como as alterações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais manifestadas pelos doentes que sofrem desta síndrome, assim como o impacto que a SPICI tem no contexto familiar, bem como os seus fatores de risco e estratégias de prevenção.

No terceiro capítulo será feita uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido e os contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. São ainda parte integrante deste relatório as referências bibliográficas e os anexos. Este documento será redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português, à exceção das citações diretas de autores, e está elaborado tendo por base a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) na sua 7ª edição.

## 1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Segundo o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patricia Benner (2005), existem diferentes níveis de conhecimento em função da experiência adquirida. Para Benner (2005) o enfermeiro em função da sua experiência aprende a focalizar-se no que é verdadeiramente relevante em cada situação em particular e identifica as necessidades de aprendizagem nos diferentes níveis, e a perícia profissional surge através da prática dos cuidados. Tendo em conta a perspectiva de Patricia Benner, o facto de ter sentido a necessidade de investir na aquisição de conhecimentos na área do doente crítico, enquadra-se no percurso de aquisição de conhecimentos necessário para evoluir enquanto profissional de saúde tal como preconizado no perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE): *“A noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2).

### 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

Os cuidados intensivos surgiram pelo reconhecimento da necessidade de prestar cuidados diferenciados aos doentes com patologias agudas e com risco de vida. Florence Nightingale reconheceu essa mesma carência em 1800, quando sentiu a necessidade de separar os doentes cirúrgicos para uma área distinta do hospital. Contudo só nos primeiros anos do século XX, foi inaugurada a primeira unidade de cuidados intensivos (UCI) no *Johns Hopkins Hospital*, em Baltimore nos Estados Unidos da América, com apenas três camas direccionadas ao Doente do pós-operatório neurocirúrgico (Urden et al., 2008).

Atualmente, as unidades de cuidados intensivos são direccionadas para todos os doentes de alto risco, com problemas (existentes ou potenciais) que ameaçam a vida do doente. Os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, com formação específica e especializada no tratamento do doente crítico (Urden et al., 2008).

Nesta linha de pensamento, também Freitas (2017), reitera a opinião mencionada anteriormente e acresce que os cuidados de saúde prestados ao doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos, requerem uma atuação dos profissionais de saúde altamente especializada, respeitando as dimensões bio-psico-social-cultural e espiritual, no intuito de prestar cuidados de excelência, respeitando



os direitos fundamentais do ser humano, assim como o respeito pela dignidade humana e a sua individualidade.

Segundo o órgão que regulador da enfermagem em Portugal - Ordem dos Enfermeiros, a pessoa em situação crítica *“(...) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 2).

O estágio precedente deste relatório foi desenvolvido numa UCIP de um Hospital da Região do Norte de Portugal, no período compreendido entre fevereiro de 2022 e junho de 2022, perfazendo um total de 400 horas de estágio presenciais, conforme o exigido no plano de estudo da Universidade do Minho, aprovado e publicado no quadro nº4 do anexo do despacho do nº 14799 do Diário da República, 2º Série – nº 223 de 19 de novembro de 2012. O estágio foi realizado sob orientação de dois enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. De acordo com a informação disponibilizada no plano de atividades e orçamento de 2020 do hospital em referência, este hospital serve de referência para uma população residente de 454976 utentes.

Estruturalmente, a UCIP do hospital, está inserida num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) composto por dois serviços: uma unidade de cuidados intermédios e uma unidade de cuidados intensivos polivalente, ambos com sete camas de internamento. Contudo, devido ao contexto pandémico, a unidade de cuidados intermédios foi convertida numa unidade de cuidados intensivos direcionada ao doente crítico com infeção pelo vírus SARS-CoV-2. Desta forma, o SMI apresenta duas áreas de trabalho distintas, separadas fisicamente por uma área de apoio logístico e administrativo comum aos dois serviços. Importa referir que, a enfermeira gestora do serviço, direcionou o estágio dos estudantes para doentes críticos, sem infeção causada pela SARS-CoV-2, pelo risco acrescido de contágio e consequente perda de horas de estágio. Desta forma, irei descrever apenas a unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), na qual estagiei.

Como já foi mencionado anteriormente, a UCIP dispõe de sete unidades individualizadas de internamento para doentes críticos dispostas em forma de meia lua, no formato de *open space* separadas por cortinas suspensas retrateis, exceto uma unidade de internamento que estava inserida numa *box* de vidro. No centro, encontra-se um balcão central de forma semicircular, com vidro que permitia visualização direta para todas as unidades de internamento. Nesta sala semicircular, denominada pela equipa de enfermagem de “aquário” estava disponível a monitorização contínua por telemetria que o registo contínuo dos parâmetros vitais do doente. A forma do balcão semicircular delimitada por vidro além de

permitir uma observação ampla para todos os doentes permita uma diminuição do ruído e da intensidade da luz, essencialmente durante o turno da noite.

Ao nível organizacional, a UCIP é constituída por uma equipa de enfermagem de 46 enfermeiros, entre os quais três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; três especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sendo que destes dois têm mestrado em enfermagem na pessoa em situação crítica; e quatro médicos de medicina interna e dois anestesistas com especialização em intensivismo.

## 1.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros (OE) além, de defender os interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a defesa dos interesses da profissão, tem por fim regulamentar e supervisionar o acesso à profissão de enfermagem, zelando o exercício da enfermagem de acordo com a lei, assim como, com as normas técnicas e deontológicas. Desta forma, a regulamentação das intervenções e competências dos enfermeiros, nos diversos contextos do exercício profissional é uma das atribuições da OE, que se fundamenta em dois documentos essenciais:

- ✓ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no DL 161/96 de 4 de setembro e alterado pelo DL 104/98 de 21 de abril, onde são descritas que as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes.
- ✓ Código Deontológico publicado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo DL 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei 156/2015 de 16 de setembro.

Por forma a regulamentar a atuação dos enfermeiros especialistas que exercem a sua profissão em território português, a OE, aprovou o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista N° 140/2019 publicado em 6 de fevereiro de 2019, no n° 26 da 2ª Serie do Diário da República (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019), que se revelam de extrema importância na atuação do enfermeiro especialista, e que serão abordadas com mais pormenor no ponto seguinte.

### 1.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

As competências comuns do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, e assentam em quatro domínios de competências comuns:

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Gestão dos cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### a) Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

No exercício da profissão e enfermagem, o enfermeiro e, particularmente o enfermeiro especialista, tem de ter presente que a sua conduta e prática profissional deve reger-se por princípios ético-legais onde tem de estar continuamente presente o respeito pela deontologia da profissão, pelo que nesta competência o enfermeiro *“desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* e *“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”* (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745).

Conforme referido anteriormente, uma das grandes premissas da conduta do enfermeiro assenta na ética e no dever profissional, descritos no Código Deontológico, e que foi uma preocupação constante no decorrer do estágio, em particular no respeito pelos direitos humanos e pelos princípios gerais do código deontológico como a liberdade responsável, verdade, altruísmo, solidariedade, igualdade, justiça e competência profissional.

O foco no trabalho da UCIP assenta nos cuidados direcionados ao doente crítico em que cada profissional é altamente formado e competente na realização das suas funções, sendo os enfermeiros um dos recursos mais valiosos a exercer funções na unidade. De salientar que grande parte do trabalho realizado se coaduna com o princípio da autonomia, em cada enfermeiro exerce parte das suas funções de forma

autónoma, no intuito do doente beneficiar com a sua prestação de cuidados (princípio da beneficência), procurando não prejudicar o doente com a sua ação (princípio da não maleficência), cumprindo todos os pressupostos ético-legais respeitando o princípio da justiça.

Aquando do estágio, foi possível aplicar muitos dos princípios descritos anteriormente. Primeiramente, julgo ser importante referir que foi estabelecida uma relação de confiança baseada na ética profissional, entre mim e os enfermeiros orientadores do estágio, que me integraram na equipa e estimularam participar nas tomadas de decisões da equipa no contexto do exercício da enfermagem.

Como estudante de especialidade, foram-me atribuídos doentes com casos clínicos complexos e mais estimulantes para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, o que me permitiu enriquecer a minha experiência no estágio. Importa enfatizar que tive sempre supervisão e orientação dos enfermeiros orientadores, independentemente do grau de complexidade do(s) doente(s) atribuído(s).

Durante o estágio pude decidir a priorização dos doentes para prestação dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a realidade clínica e as necessidades de cada doente no momento, que na maioria das vezes foram decisões fáceis de tomar. Contudo, em situações de ter dois doentes instáveis atribuídos, uma decisão que habitualmente não suscita dúvidas, começou a ser mais complexa e difícil de decidir, tendo de justificar/discutir a decisão com enfermeiro orientador, o que me obrigou a desenvolver um raciocínio multifatorial mais ágil.

Por norma, as UCI são serviços em que os doentes internados apresentam um quadro clínico relativamente grave e que necessitam de cuidados diferenciados e especializados visando a sobrevivência do doente. Contudo, nem sempre as situações clínicas vivenciadas permitem uma fluidez de pensamento tão simples e desprendida de sentimentos geradores de conflitos éticos relacionados com o valor da vida humana.

Durante o estágio ocorreram situações geradoras de algum conflito ético no seio da equipa multidisciplinar, na sua maioria, relacionadas com a necessidade de decidir o momento adequado para parar o investimento na realização de técnicas invasivas e agressivas para o doente, e iniciar cuidados especializado direcionados para o conforto do doente, proporcionando-lhe momentos de maior tranquilidade e serenidade, muitas vezes com a possibilidade de visitas familiares nos últimos momentos de vida.

Neste contexto, existiram algumas situações que me marcaram significativamente pela sua exigência e complexidade clínica, social e familiar, nomeadamente a decisão de parar o procedimento de reanimação

de um doente da minha idade e com dois filhos menores. Neste caso, além de poder participar no procedimento de reanimação, foi possível partilhar a minha opinião à equipa que participou na tentativa de reanimação.

Uma outra situação passível de algum conflito ético, consistiu no cumprimento de um pedido da esposa de um doente de 41 anos, de étnica cigana, toxicodependente, que apresentava um quadro clínico de falência hepática severo, para não se cortar a barba ao doente. O facto de o doente estar ventilado e ter a barba grande, suscitou dúvidas no cumprimento da norma da UCI que visa o corte da barba em doentes ventilados para reduzir o risco de infeção do doente, o que suscitou dúvidas éticas no momento. Perante esta situação além de prestar os cuidados de enfermagem ao doente, foi possível participar na decisão da equipa de deixar o doente com barba, redobrando os cuidados de higiene oral ao doente.

b) Competência do domínio da melhoria continua da qualidade;

Cada vez mais, os serviços de saúde submetem-se a programas de gestão de qualidade, promovendo a melhoria continua dos serviços e a sua acreditação académica. Neste intuito o enfermeiro especialista tem um papel central onde “*Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*”; “*Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua*” e “*Garante um ambiente terapêutico e seguro*” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745).

O hospital onde foi realizado o estágio, está certificado no âmbito total da Norma Portuguesa 4457:2007 que estabelece a estrutura de qualidade em Investigação Clínica, Capacitação e Inovação & Desenvolvimento nas áreas de:

- ✓ Projetos de Investigação Clínica (com ou sem intervenção, prospetivos ou retrospectivos) e Capacitação;
- ✓ Translação de conhecimento para o ecossistema académico/universitário, científico e produtivo no domínio da saúde;
- ✓ Capacitação de recursos humanos com formação contínua e desenvolvimento organizacional na área da saúde.

Além da certificação enunciada anteriormente, a UCIP do hospital é certificada pela Agência de *Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), que comprova o esforço e inovação do serviço no âmbito da qualidade.

Os enfermeiros da UCIP estão divididos em grupos de trabalho, focados na formação contínua dos elementos da equipa, existindo para o efeito um plano de formação mensal, criteriosamente respeitado. No decorrer do estágio foi possível ser formado em diversos momentos formativos, ministrados por enfermeiros do serviço que abordaram diversos temas de interesse do serviço, tais como: a prevenção das úlceras de pressão no doente crítico e os tratamentos mais adequados tendo em conta as mais recentes *guidelines* do tratamento de feridas; transporte do doente crítico no contexto inter-hospitalar; monitorização do doente crítico nomeadamente com a avaliação e interpretação da pressão intra-abdominal, índice bispectral (BIS), pressão venosa central, pressão arterial, frequência cardíaca, traçados cardíacos e alarmes dos dispositivos médicos; ventilação mecânica invasiva com a explicação dos diferentes modos ventilatórios utilizados no serviço.

Ainda no contexto da formação em serviço, foi possível também assistir à formação acerca da implementação e de uma nova técnica dialítica contínua com a utilização de citrato, ministrada pela empresa BRAUM, onde foram explicados a constituição do kit de diálise, a sua montagem e preenchimento do circuito de diálise e a sua canulização ao doente. O processo de acompanhamento dos enfermeiros de referência também foram momentos de grande aprendizagem que resultaram em muita leitura da melhor evidência disponível, bem como a exigência de alteração de procedimentos particularmente devido aos protocolos implementados no serviço. Pude contribuir para o desenvolvimento da qualidade no serviço através da realização de pesquisa científica acerca da SPICI e divulgação dos resultados através da apresentação de sessão de formação, e da criação de uma proposta de uma consulta de *follow-up* na UCI.

Por este ser um assunto, na sua generalidade desconhecido, para os enfermeiros da UCI, foi de grande reconhecimento e pertinência a sua exposição, especialmente na caracterização da SPICI, identificação dos sinais e sintomas, e a abordagem às estratégias para mitigar o aparecimento desta síndrome através da implementação de estratégias de monitorização da dor que permite uma redução da administração de opioides, que são fatores de risco da SPICI.

Foi possível demonstrar e partilhar conhecimentos na área da monitorização da dor do doente, que independentemente do seu nível de consciência, profundidade anestésica ou relaxamento muscular, é possível avaliar através da leitura de um índice proveniente da atividade cerebral do doente, o qual é captado por um dispositivo externo. Este dispositivo foi analisado pela enfermeira gestora e proposto para aquisição tendo em conta os benefícios para o doente na área do controlo da dor e prevenção do *dellirium*.

Outro aspecto importante de referir consistiu em inteirar-me das normas e protocolos aprovados pela instituição, para atuar enquanto enfermeiro segundo as normas da instituição e também na elaboração de registos de enfermagem de qualidade na em sistema informático. Ao nível dos registos de enfermagem, foi um ponto bastante complexo, pois desconhecia o sistema informático utilizado pelo hospital (B-Simple), o que inicialmente provocou alguma limitação na elaboração dos registos de enfermagem. Contudo, com o passar dos turnos esta necessidade foi superada na sua totalidade.

Foi também desenvolvida competência da comunicação efetiva na transição de cuidados de enfermagem durante a passagem de turno, utilizando a técnica de ISBAR. Importa referir que desconhecia esta técnica de transição de cuidados de enfermagem, que embora inicialmente causasse alguma dificuldade, foi progressivamente superada a sua utilização.

c) Competência do domínio da gestão dos cuidados;

Na UCIP, a gestão dos cuidados caracteriza-se por ser uma competência bastante importante na prestação de cuidados ao doente crítico, onde o enfermeiro responsável de equipa “*Gere os cuidados de enfermagem, otimizando os cuidados da sua equipa, e a articulação na equipa de saúde*” e “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*”, em função das reais necessidades do serviço a cada turno e momento (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745).

O facto dos enfermeiros de referência com os quais trabalhei assumirem o papel de enfermeiro responsável de turno, foi particularidade impactante na perceção do que é gerir o tempo e os recursos humanos tendo em conta a gestão do próprio serviço, nomeadamente na distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelos doentes existentes. Esta distribuição era feita de forma a ser o mais justa e equilibrada possível. Para além disso, este enfermeiro responsável de turno atuava na gestão de momentos de elevados níveis de stress da equipa assim como na otimização dos recursos perante situações de emergência ou situações de grande rotatividade de doentes.

Um dos pontos fundamentais de aprendizagem no estágio relaciona-se com a gestão do tempo e de prioridades estabelecidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, especialmente quando me eram atribuídos dois doentes. Este ponto torna-se muito importante pela necessidade de conseguir tomar decisões clínicas estabelecendo prioridades nos cuidados prestados a cada doente tendo em conta a situação hemodinâmica e estado de saúde do doente a cada momento.

No que se refere à gestão e administração dos fármacos prescritos, a gestão dos acessos venosos (periféricos e centrais) foi realizada sempre com muito critério e discernimento, especialmente na identificação dos fármacos e acessos vasculares, conforme protocolado.

No decorrer do estágio foi possível acompanhar a enfermeira gestora do serviço, observar as técnicas de motivação e liderança utilizadas para com a equipa. Também foram treinadas técnicas de gestão de dispositivos, consumíveis e essencialmente gestão de recursos humanos.

Como é do conhecimento generalizado os hospitais em Portugal não têm recursos ilimitados, pelo que os recursos têm de ser bem geridos e aplicados adequadamente. É disso exemplo a correta separação dos resíduos que para além do seu correto tratamento, permitem ainda uma diminuição dos custos associados a esta prática. Relativamente a esta prática fui alvo de auditoria interna por diversas vezes às quais não foram anotados quaisquer erros.

A gestão e preparação dos recursos materiais foi uma competência muito solicitada pelos enfermeiros orientadores, especialmente na preparação cuidadosa da unidade para receção de um doente, ou na preparação do doente e dos recursos materiais, farmacológicos e humanos necessários para transporte intra-hospitalar de um doente crítico. Embora esta fosse uma competência com a qual me sentia confortável, foi possível aprimorar a mesma no que se refere à gestão dos recursos materiais, farmacológicos e humanos necessários para a realização de um transporte de um doente crítico, atuando sempre de forma preventiva, minimizando o risco de erro.

#### d) Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O profissional de saúde que desempenha funções numa UCIP, tem de ter um nível de competências acrescidas ao nível dos conhecimentos teórico e clínico na medida que os cuidados prestados ao doente crítico são muito específicos e particularmente exigentes. Para tal, o enfermeiro *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745).

O facto de ter experiência no exercício da profissão em bloco operatório, na área anestésica, permitiu-me que, inicialmente, tivesse um nível de consciência e conhecimentos necessário para uma primeira abordagem ao doente ventilado. Contudo, com o decorrer do estágio e por exigência da complexidade da prestação de cuidados ao doente crítico, o que implicou um contínuo e profundo estudo da ventilação



invasiva e do equilíbrio hemodinâmico do doente, permitiu que obtivesse ganhos substanciais de conhecimentos teóricos e técnicos até então pouco desenvolvidos.

Apesar das UCI serem serviços muito exigentes ao nível do conhecimento técnico-científico, foi notória uma exigência na humanização dos cuidados ao doente, respeitando a sua intimidade e vontades, inclusive da participação da família. A humanização dos cuidados de saúde *“considera as necessidades físicas ligadas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existentes na condição de ser doente que está para além do tratamento da patologia.* (Freitas, 2017, p. 3). Para Freitas, (2017) a empatia do profissional de saúde assume um papel valioso no processo da humanização dos cuidados, onde este deve colocar-se no lugar do doente e procurar agir de acordo com os seus ideais e valores.

Por sua vez Castro et al., (2019), enuncia que a humanização dos cuidados prestados em ambientes com alta densidade tecnológica devem assumir um foco relevante na atuação dos profissionais de saúde, devendo estes desenvolverem competências profissionais na área do conhecimento técnico, relacionamento interpessoal, liderança, capacidade de decisão, trabalho em equipa, comunicação, planeamento e equilíbrio emocional, visando a excelência dos cuidados proporcionado ao doentes e família. Porém, o mesmo autor alerta que existe uma tendência dos profissionais de saúde de relacionarem a densidade tecnológica e o doente crítico unicamente nas competências do saber fazer. O autor defende que deve ser feito um investimento no desenvolvimento de habilidades de escuta sensível e qualificada, além da linguagem não verbal, observação e acolhimento perante as reais necessidades do doente. Estes factos permitiram que no decorrer do estágio assumisse progressivamente mais autonomia na prestação de cuidados ao doente, na identificação e antecipação de problemas passíveis de serem prevenidos e na gestão de conflitos familiares adequando a informação fornecida à família.

A admissão de doentes na UCI foram momentos de alguma inquietude, especialmente pelo facto de saber muito pouco acerca de alguns doentes admitidos na unidade, especialmente dos doentes da vertente não cirúrgica. Em contrapartida, a admissão dos doentes cirúrgicos foi-me mais fácil assimilar as suas necessidades e cuidados específicos em função de cada cirurgia. No momento da admissão doente na UCI foram aplicados conhecimentos teórico e práticos para a realização de uma avaliação inicial ao doente e, desenvolvidas técnicas de trabalho sistemáticas e lógicas adaptadas ao doente crítico. Neste sentido foram, sem dúvidas, adquiridas competências na área da monitorização do doente crítico, avaliação e interpretação dos parâmetros vitais do doente, com um foco particular no controlo da temperatura corporal do doente cirúrgico, na identificação de acessos vasculares e na realização e uma avaliação secundária minuciosa.

O facto de alguns dos doentes internados na UCI apresentarem estados emocionais alterados, especialmente por sentirem retrocesso na evolução do seu quadro clínico, possibilitou que aprendesse e desenvolvesse algumas estratégias de resolução de alguns problemas que foram surgindo durante o estágio, especificamente na adequação da estratégia de comunicação ao momento e circunstâncias de cada doente, implementação de estratégias de negociação e incentivo ao doente, valorizando o esforço realizado pelo doente.

Foram também desenvolvidas competências na área da mobilização e posicionamento dos doentes, utilizando recursos materiais adequados e também a utilização de todas as capacidades das camas e colchões disponíveis, atuando de forma preventiva no aparecimento de zonas de pressão no corpo do doente.

Aquando da necessidade de administrar doses elevadas de fármacos vasoativos potentes de metabolização rápida, aprendi a ter especial atenção à gestão dos fármacos utilizados, em especial à necessidade de ser rápido na troca das seringas perfusoras. Se necessário utilizar duas seringas perfusoras para o mesmo fármaco, prevenindo desta forma a diminuição da dose de fármaco infundido, enquanto se troca a seringa de fármaco. Ainda neste âmbito, observei a colocação de cateteres de longa duração através de técnica ecoguiada, realizada por enfermeiros com formação específica para o procedimento. Esta técnica permite que o acesso venoso seja aplicado numa veia de grosso calibre (profunda), aumentando significativamente a durabilidade do acesso vascular, evitando que o doente seja submetido frequentemente a procedimentos para colocação de acessos periféricos. Foi um enriquecimento muito significativo neste quesito, pois desconhecia esta técnica.

A preparação e administração de alimentação parentérica, assim como a administração de alimentação entérica foram procedimentos realizados diariamente, cumprindo na íntegra os protocolos aprovados na UCI no que se refere à nutrição do doente.

#### 1.2.2. Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica.

Independentemente da especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo a dimensão da educação, aconselhamento, liderança e da responsabilidade de investigação que permitem um

avanço e melhoria da prática da enfermagem (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Segundo as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010), os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua ao doente, com uma ou mais funções vitais em falência e, cuja sobrevivência dependa de meios avançados de vigilância, monitorização contínua e terapêutica, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total do doente.

Tabela 1 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

<b>COMPETENCIA ESPECIFICAS</b>	<b>UNIDADES DE COMPETENCIA</b>
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;</li> <li>✓ A administração de protocolos terapêuticos complexos é um outro aspeto muito importante ainda inserido neste primeiro ponto;</li> <li>✓ Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.</li> <li>✓ Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</li> <li>✓ Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica</li> <li>✓ Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</li> </ul>
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.</li> <li>✓ Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.</li> <li>✓ Planeia resposta à situação de catástrofe</li> <li>✓ Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe</li> <li>✓ Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</li> </ul>
Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</li> </ul>

---

à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	✓	Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
--	---	---

---

Por forma a regulamentar a atuação dos enfermeiros enquanto profissionais autónomos, prestadores de cuidados diferenciados ao doente e à família, respeitando as questões ético-legais de acordo com os valores requeridos pela profissão, foram aprovadas e publicadas as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem da pessoa em situação crítica (Tabela 1) descritas no artigo 3º do Regulamento 429/2018 da 2ª série do Diário da República de 16 de julho de 2018 (Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2018).

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica deve centralizar a prestação de cuidados ao doente e à família baseada na observação, colheita e procura continua de forma sistémica e sistematizada de dados, no intuito de conhecer a situação da pessoa e família, por forma a prever e detetar precocemente as complicações, por forma a atuar atempadamente e preventivamente.

Seguidamente será feita uma correlação das competências específicas enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica com as experiências mais impactantes do estágio, enquanto estagiário numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

No que concerne às competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, importa referir que o enfermeiro deve prestar os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador, devendo ter a capacidade de prever atempadamente as complicações possíveis, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil.

Um aspeto fundamental na prevenção e antecipação de eventuais complicações assenta a verificação e preparação da unidade do doente para a sua admissão, tendo em conta o seu diagnóstico, necessidades e limitações. Procedimentos como a montagem e testagem prévia do ventilado, montagem do sistema de soros na rampa, preparação de sistemas de avaliação da PVC e PA invasiva, preparação de seringas ou bombas perfusoras (se aplicável) e alertar a equipa para “entrada” do doente, são pormenores simples, mas que na hora da admissão de um doente crítico permitem direccionar a atenção para o doente e não para problemas evitáveis. Estes foram aspetos muito trabalhados e treinados no estágio, o que permitiu uma superação completa neste quesito.

Durante o estágio foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados em doentes com diferentes etiologias da doença, entre os quais saliento os doentes com patologia renal, traumatismo vertebral medular, sépsis, acidente vascular cerebral, enfarte e muitos doentes do foro cirúrgico.

Na UCIP, um grande número de doentes apresentava quadros de sépsis no contexto pós-cirúrgico requerendo a correta monitorização e avaliação hemodinâmica do doente, assim como a preparação e administração de protocolos terapêuticos bastante específicos que foram aplicados na prática, como o caso de drogas vasoativas, antibióticos, analgésicos e sedativos. Foi neste contexto que tive a oportunidade de trabalhar com um sistema de avaliação da pressão intra-abdominal (PIA) com a qual nunca tinha tido contacto prático. Em relação aos outros tipos de monitorização invasiva e não invasiva utilizados no serviço, foram de fácil adaptação, tendo apresentado conhecimentos adequados para a sua aplicação e interpretação.

A preparação e administração de protocolos terapêuticos, em função de cada doente, foi um processo ao qual foi dedicada atenção redobrada, decorreu sempre de forma correta e sem qualquer erro de preparação ou administração. Ainda neste ponto, de salientar a preparação e administração de alimentação parentérica que decorreu também sem incidentes.

A dor foi avaliada diariamente através escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), o que suscitou alguma inquietação especialmente nos casos de doentes ventilados, sedados e curarizados. Como já foi referido anteriormente, existem sistemas de monitorização contínua da dor através da leitura de um índice de atividade cerebral, que permite ajustar a dose do fármaco estritamente necessário para controlar a dor, prevenindo o seu escalamento e minimizando as complicações associadas à utilização fármacos para o controlo da dor. O facto da UCIP não utilizar este tipo de monitorização, suscitou momentos de troca de conhecimentos teóricos e práticos acerca do assunto, culminando no início de um processo de aquisição desse dispositivo.

Aquando do estágio foi possível participar na ativação do protocolo de morte cerebral para possível doação de órgão, de um doente proveniente de uma paragem cardiorrespiratória resultante de uma obstrução de via aérea, cumprindo o pressuposto do artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de abril e os requisitos para colheita de órgão em dadores falecidos em paragem cardiorrespiratória explanados no despacho 14341/2013, cumprindo desta forma todos os pressupostos legais.

A comunicação e a colaboração da equipa revelou ser um aspeto bastante simples e natural de adquirir, pela disponibilidade da equipa em integrar novos elementos, o que revelou ser um ponto bastante positivo. Também, a gestão da comunicação em momentos de tensão foi um ponto também bastante importante durante o estágio. O facto de ter formação militar e já ter participado em cenário multivítimas em contexto de conflito bélico, permitiu que tivesse experiência necessária para manter uma postura tranquila e serena no decorrer do estágio, mesmo perante as situações mais complexas. A participação de momentos de maior desafio e tensão, particularmente em contexto de paragem cardíaca, onde foi notória a importância da comunicação precisa e assertiva do *team leader* na dinâmica da equipa. Foi possível participar ativamente em várias situações de reanimação cardiorrespiratória, onde foi possível demonstrar conhecimentos teóricos e práticos nesta questão.

Na UCIP, os doentes apresentam limitações na comunicação devido a motivos associados à patologia do doente, mas também e essencialmente pela utilização de prótese ventilatória, complicando o processo comunicativo entre o profissional de saúde e o doente. Inicialmente, a comunicação foi de difícil superação, por não conseguir perceber o que o doente tentava dizer, mas com o decorrer do estágio e a aplicação de estratégias secundárias de comunicação, como a leitura labial, a escrita em folha de papel, esta competência foi-se aprimorando.

As visitas de familiares foram por excelência momentos de grande emoção para o doente e família. Na sua maioria, os familiares manifestavam vontade de falar com os enfermeiros, sendo, portanto, um momento de excelência para recolher informações acerca do doente e também um momento para fornecer à família a informação solicitada acerca do doente, adequando-se sempre ao grau de literacia dos presentes

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

Aquando da realização do estágio não foram presenciadas situações de emergência, exceção ou catástrofe em que tenha implicado a ativação de planos de emergência ou catástrofe da instituição em

situação real ou através de simulacro. Foi apenas possível ler o plano de emergência do serviço, constatar qual o papel do enfermeiro estagiário em caso de necessidade de evacuação e verificar os trajetos de evacuação dos doentes em caso de necessidade de ativação do plano.

Para testar as dificuldades de evacuar um doente ventilado do hospital, foi possível praticar o transporte intra-hospitalar do doente crítico, aquando da necessidade de transportar um doente para a imagiologia. Neste processo foi possível constatar as dificuldades inerente ao transporte de um doente com necessidade de aporte ventilatório e oxigénio, necessidade de perfusões farmacológicas em curso, assim como a existência de dispositivos de suporte (cateteres, acessos arteriais e venosos, algalias, drenos, sistemas de soros). Foi uma experiência intensa com algum nível de stress onde foi possível observar e participar na organização da equipa multiprofissional, reconhecendo que o papel do enfermeiro especialista é fundamental em situações consideradas de elevada complexidade.

- c) Maximiza 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.

Segundo Cavaleiro (2011) na União Europeia existem por ano cerca de 4 milhões de infeções nosocomiais com uma maior incidência nas infeções de trato urinário, infeções do trato respiratório, infeções da ferida cirúrgica e bacteriemia, sendo que podiam ser prevenidas cerca de 20 e 30% das infeções. *“A infeção nosocomial é um problema de saúde grave que motiva um aumento significativo da morbi-mortalidade e dos custos dos cuidados de saúde, principalmente nas Unidades de Cuidados Intensivos”* (Cavaleiro, 2011, p. 2).

No contexto dos cuidados intensivos as infeções estão muitas vezes relacionadas com a instrumentação invasiva por necessidade da utilização de cateteres e de dispositivos de ventilação invasiva. Neste sentido a prevenção e controlo da infeção assume-se como uma prioridade e preocupação constante (Cavaleiro, 2011).

O trabalho desenvolvido na UCIP, caracteriza-se por ser muito minucioso, criterioso baseado na evidência científica e no cumprimento das normas e dos requisitos emanados pela Direção Geral de Saúde (DGS). Essas Normas foram adaptadas ao serviço, tendo em conta a sua realidade, sendo formulados 41 protocolos (validados e implementados, com particular foco no cumprimento das normas de controlo de infeção do hospital. Apesar da implementação de medidas preventivas consistirem em procedimentos

muito básicos (e.g., lavagem higiénica das mãos), permitem ganhos em saúde muito consideráveis, materializando-se em diminuição da incidência e prevalência de focos infecciosos, por vezes difíceis de controlar, culminando numa melhor gestão de recursos materiais e humanos.

As precauções básicas do controlo da infeção, descritas na Norma 029/2012 da Direção Geral da Saúde, (2013), e aplicados durante o estágio consistiram na correta higienização da mãos, na utilização de etiqueta respiratória e equipamentos de proteção individual, na correta descontaminação dos dispositivos e equipamentos clínicos, no controlo ambiental, no manuseamento seguro da roupa, na recolha segura de resíduos, nas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e, na prevenção de exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Foram também seguidas as orientações sobre resíduos hospitalares da DGS (Direção Geral da Saúde, 2022).

Para a avaliação da correta aplicação das normas e protocolos, os enfermeiros da UCIP são sujeitos a inúmeras auditorias, inopinadas e programadas, efetuadas internamente e pela comissão de controlo de infeção, no intuito de diminuir a incidência de infeções no serviço. A título de exemplo incidência de infeções do trato urinário em 2021 foi de 5,3‰ e em 2022 foi de 2,3‰ (até junho), com zero incidência nos meses de março a junho.

Neste contexto fui submetido a diversas auditorias testando os conhecimentos dos protocolos implementados no serviço, às quais não foram registados erros nos procedimentos ou conhecimentos. Relativamente à prevenção da infeção respiratória, particularmente nos doentes com prótese ventilatórias, foram cumpridos os preceitos descritos na norma nº021/2015 de 16/12/2015 e atualizada a 30/05/2017 da Direção Geral da Saúde, (2017), onde estão descritos os pressupostos dos cuidados aos doentes ventilados como a elevação e manutenção da cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O, a higienização da cavidade oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% (pelo menos 3 vezes por dia) e posterior aspiração da árvore brônquica do doente através da prótese ventilatória, além da avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação do doente.

No que diz respeito à prevenção e controlo de bactérias multirresistente provenientes de doentes colonizados, foram por diversas ocasiões implementadas medidas descritas na Norma nº 018/2014 de 09/12/2014 e atualizada em 27/04/2015 acerca da implementação de medidas preventivas e de controlo do agente infeccioso, nomeadamente a implementação de medidas de isolamento de contacto, realização da colheita de espécime para análise (colheita com zaragatoa nasal), cuidados de higiene



prévios a intervenção cirúrgica, com gluconato de clorohexidina  $\geq$  a 2%, assim como a adoção de medidas de proteção individual adequadas. (Direção Geral da Saúde, 2015)

Foi tido um especial foco de atenção no cumprimento das normas protocoladas de desinfeção dos cateteres para a administração de fluidos/fármacos e de monitorização do doente, por serem um dos principais focos infecciosos dos doentes. A substituição dos sistemas de soro e a colheita de espécimes para análise dos doentes em dias específicos, realizadas de forma preventiva, fizeram parte da rotina final de cada noite de estágio.

No que diz respeito ao controlo da higienização da unidade do doente, o enfermeiro responsável pela unidade tem o dever de se certificar de que a unidade do doente está a ser higienizada conforme descrito no protocolo prevenindo ativamente o risco de infeção.

Os cuidados de enfermagem diferenciados prestados aos doentes foram realizados numa perspetiva holística e singular, no intuito de promover ganhos de saúde significativos ao doente, adequando os cuidados diferenciados às necessidades dos doentes e da sua família.

Conforme referido anteriormente, durante estágio foi desenvolvido um trabalho académico visando a pesquisa científica atual, por forma a aprofundar conhecimentos acerca da SPICI. Desta forma, seguidamente será descrita a metodologia utilizada para a realização deste relatório.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA**

A investigação científica consiste num processo racional que permite a resolução de problemas relacionados com o conhecimento sendo um *“(...) método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação.”* (Fortin, 2003, p. 15).

A enfermagem é, atualmente, reconhecida no seio da comunidade científica por se constituir de conhecimento baseado na evidência, obtido pela investigação constante, como forma de promoção da melhoria dos cuidados oferecidos. A prática baseada na evidência (PBE) demorou a ser utilizada na enfermagem, mas hoje é observada como método de solução de problemas que vão surgindo na prática clínica diária.

*“O fomento da PBE tem aumentado a necessidade e a produção de todos os tipos de revisões da literatura, nomeadamente as revisões integrativas, as revisões sistemáticas (...)”* Whitemore & Knaf, 2005 cit. por Sousa et al., (2017, p. 18).

Para Ruivo et al., (2010) a metodologia de trabalho de projeto centra-se na resolução de problemas através da investigação científica, baseada em alicerces fundamentais onde deve existir uma ponte entre a teoria e a prática que possibilite a aplicação prática dos conhecimentos teórico.

A fase metodológica do processo de investigação implica a escolha do método adequado por forma responder as questões e problemas a investigar. Neste sentido o presente trabalho visa na elaboração de um projeto de intervenção através da metodologia de trabalho de projeto de Ruivo et al., (2010).

Para a autora referenciada anteriormente, o trabalho de projeto deve seguir seis fases distintas, mas subsequentes: Diagnóstico da Situação; Definição de Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação e Divulgação de Resultados.

### **2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Segundo Ruivo et al., (2010) a primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto, consiste no levantamento do diagnóstico da situação existente no local onde se pretende executar o trabalho de projeto que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema onde se deseja atuar por forma a corrigir o problema identificado. De acordo com o autor, o diagnóstico deve ser um processo contínuo, dinâmico e flexível, por forma a adaptar-se às alterações constantes da situação real, sendo

importante que a sua elaboração ocorra num curto período de tempo por forma que a sua aplicabilidade ocorra em tempo útil.

Aquando do desenvolvimento de um projeto de intervenção, deve ser realizada uma análise integrada das reais necessidades da população no intuito de desenvolver estratégias e ações sustentáveis dinâmicas que produzam benefícios que perdurem ao longo do tempo e que promovam o envolvimento dos recursos humanos disponíveis “(...) *que são um elemento fulcral para a mudança em qualquer instituição (...)*” (Ruivo et al., 2010, p. 10).

O diagnóstico da situação implica inicialmente a identificação do problemas e posterior determinação das reais necessidades, identificando as causas e conseqüências dos problemas identificados. Neste caso em concreto, o trabalho de projeto foi aplicado aos enfermeiros de uma UCI de um hospital da Região Norte de Portugal, onde foi realizado o estágio de intensivismo.

Este projeto deu continuidade a um pré-projecto já realizado no segundo semestre deste curso, na UC – Projeto de Enfermagem. Importa referir que por forma a dar continuidade ao projeto em questão, aquando da realização do pré-projecto foi solicitado um primeiro contacto presencial, informal, com a gestora da equipa de enfermagem da UCI do Hospital onde seria previsto realizar o estágio, que ocorreu em outubro de 2021.

Na reunião foi-me questionado as áreas de trabalho que gostaria de aprofundar ao qual foram enumerados dois temas possíveis de trabalho: a monitorização da dor no doente curarizado e a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico. A gestora da equipa de enfermagem, manifestou particular interesse na segunda opção, pois a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico já estava definida como um objetivo estipulado para a UCI, desde há três anos e, que apesar de fazer parte dos objetivos e indicadores de qualidade do serviço, ainda não estava implementada, devido à necessidade da UCI ser constantemente readaptada, quer em termos de espaço físico, quer em termos de equipa, face às necessidades impostas pela pandemia por SARS-Cov-2.

Neste contexto, importa salientar que Ministério da Saúde emitiu um documento de trabalho (Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência), assinado pela Ministra da Saúde, onde é constatada a preocupação do ministério em reduzir o “(...) *tempo de internamento em Cuidados Intensivos e Síndrome Pós Cuidados Intensivos, assim como permite um retorno mais rápido à vida ativa e menores sequelas.*” (Nuñez et al., 2020, p. 6). No documento referenciado anteriormente, está descrito que deve ser um compromisso dos Hospitais, em particular dos Serviços de Medicina Intensiva, a

definição de modelos da missão institucional de âmbito alargado que visam a melhoria contínua de qualidade, nos quais é elencado especificamente a *“Implementação de consultas de seguimento pós internamento em Medicina Intensiva, incluindo medidas de prevenção e reabilitação geradoras de ganhos funcionais a doentes com internamento em Medicina Intensiva.”* (Nuñez et al., 2020, p. 7).

Numa primeira análise foi possível verificar alguns problemas identificados na UCI:

- a) Incapacidade de responder ao repto ministerial na questão do *follow-up* do doente crítico durante os anos de pandemia;
- b) Adiamento dos objetivos propostos pelo próprio serviço assim como o adiamento na produção de indicadores de qualidade previamente definidos.
- c) Ausência de avaliação e monitorização da SPICI, em doentes que têm alta da UCI e que apresentam dificuldades de readaptação pessoal, profissional e social, tendo em conta as suas limitações físicas, emocionais, psicológicas e sociais.

## 2.2. OBJETIVOS DO TRABALHO DE PROJETO

Neste sentido, conforme foi mencionado aquando do diagnóstico da situação, existem três pontos fundamentais diagnosticados que derivam de um só problema: incapacidade de responder positivamente ao repto ministerial acerca da implementação do *follow-up* ao doente crítico; incumprimentos dos objetivos que o próprio serviço definiu acerca do *follow-up* do doente crítico e a impossibilidade de avaliar e monitorizar os doentes que desenvolvam a SPICI após alta da UCI, impedindo desta forma que os doentes apresentem ganhos de saúde a nível pessoal e social.

No intuito de contribuir para o incremento da qualidade dos serviços prestados na UCI da Instituição Hospitalar, foi definido como objetivo principal: contribuir para a implementação da consulta de *follow-up*, do doente crítico numa UCI, de um hospital da Região Norte de Portugal. Todavia, para cumprir o objetivo principal, importa definir objetivos secundários que direcionem especificamente as ações a realizar para o cumprimento desse objetivo principal. Desta forma, importa enumerar dois objetivos secundários:

- a) Construir uma matriz de consulta de *follow-up* para o doente crítico. Este objetivo visa delinear a constituição da consulta da *follow-up* do doente crítico, nomeadamente: a localização da consulta; quem está indigitado para a realizar a consulta; periodicidade da consulta; a quem é

direcionada a consulta, documentação a preencher e o equipamento necessário para a realização da consulta.

- b) Sensibilizar os enfermeiros, através de uma sessão de formação, para a necessidade da criação de uma consulta de *follow-up* do doente crítico na UCI. Este objetivo visa explicar aos enfermeiros em que consiste a consulta de *follow-up*, sensibilizar para as consequências dos internamentos de longa duração em unidades de cuidados intensivos, evidenciar como os cuidados de qualidade prestados ao doente crítico se refletem após a alta, assim como permitir ganhos ao nível de resultados mensuráveis do serviço.

### 2.3. PLANEAMENTO

O planeamento é a terceira fase do trabalho de projeto, no qual deve ser realizado um esboço do projeto, realizando um levantamento dos recursos existentes assim como levantamento de limitações e condicionantes do próprio trabalho. É nesta fase que deverão ser *“(...) definidas as actividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respectivo cronograma.”* (Ruivo et al., 2010, p. 20) cit (Hungler et al., (2001)

Ao nível das limitações e condicionantes não nos podemos abstrair do contexto pandémico vivido nos últimos dois anos e, nas condicionantes que isso acarreta ao nível hospitalar, particularmente ao nível da gestão dos recursos humanos e materiais e no estabelecimento de prioridades no contexto do serviço e do hospital. Este facto de extrema importância acresceu grandes exigências e cansaço de todos os profissionais de saúde, tendo sido observadas mobilização de recursos humanos para reforçar as equipas integrantes da UCI em referência. Desta forma estas condicionantes podem hipotecar a execução deste projeto, especialmente por limitação dos recursos humanos no caso de existir a continuidade do contexto pandémico.

No que se refere aos recursos materiais necessários para ministrar a sessão de formação consiste na necessidade de um projetor de vídeo, computador e uma sala disponível para ministrar a formação. Na perspetiva estrutural para a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico, deverá ser disponibilizado um gabinete equipado com acesso a terminal informático, por forma a ter acesso ao processo clínico do doente, para que se possam registar os dados da consulta, de forma a obter os indicadores de saúde relativos aos cuidados de enfermagem prestados.

No quesito das atividades definidas para a realização deste projeto são contempladas as seguintes etapas:

- a) Realizar uma *rapid review* sobre a importância da prevenção da SPICI e implementação da consulta de *follow-up* no doente crítico, incidindo nos ganhos de saúde promovidos ao doente, aquando da implementação desta consulta.
  
- b) Solicitar visita de estudo presencial com hospitais que tenham em funcionamento a consulta de *follow-up* na área do doente crítico:
  - ✓ Contactar via email, o grupo de estudo do *follow-up* do doente crítica da sociedade portuguesa de cuidados intensivos, por forma a solicitar uma visita de estudo a um hospital que realize a consulta;
  - ✓ Contactar telefonicamente, a chefe de serviço da unidade de cuidados intensivos do primeiro hospital de Portugal – Hospital de Pedro Hispano em Matosinhos - a implementar a prevenção da SPICI através da consulta de *follow-up*.
  
- c) Solicitar parecer jurídico à Ordem dos Enfermeiros para o enquadramento legal da implementação da consulta no hospital:
  - ✓ Enviar email à OE a solicitar o enquadramento legal e as recomendações para a criação da consulta de *follow-up* para o doente crítico.
  
- d) Sensibilizar os enfermeiros para a importância do *follow-up* do doente crítico, após alta dos cuidados intensivos:
  - ✓ Planear uma sessão de formação acerca da prevenção da SPICI e implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico;
  - ✓ Realizar a matriz da consulta de *follow-up*;
  - ✓ Agendar uma reunião com a gestora da UCI e gestora de enfermagem da UCI;
  - ✓ Aprovar a matriz da consulta de *follow-up* com a gestora da UCI e gestora de enfermagem da UCI;
  - ✓ Desenvolver conteúdo da formação;
  - ✓ Calendarizar a sessão de formação em conjunto com a gestora de enfermagem da UCI;
  - ✓ Divulgar a sessão de formação a todos os enfermeiros da UCI;
  - ✓ Realizar uma sessão de formação presencial aos enfermeiros da UCI;

- ✓ Aplicar questionário de avaliação da sessão de formação e do avaliados.

Por forma a esquematizar as atividades a realizar durante o estágio, Ruivo et al. (2010), referem que a calendarização das atividades pode ser um processo interativo como é o desenvolvimento de cronograma (Tabela 2) onde são definidas as datas de início e fim de cada atividade estipulada. Na tabela 2 estão elencadas as atividades a realizar no decurso do estágio. Importa referir que o estágio terá o seu término no final de julho, de modo que as atividades a realizar no decorrer do estágio terão de ser implementadas até ao final do referido mês. Contudo, o relatório final de estágio poderá ser entregue até 31 de outubro de 2022.

Tabela 2 - Cronograma das atividades a executar durante o estágio

Nº	ATIVIDADES A REALIZAR	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
1	Realizar pré-projecto											
2	Pesquisar fundamentação científica											
3	Realização da <i>Rapid review</i>											
4	Realizar análise SWOT											
5	Propor a matriz da consulta de <i>follow-up</i> do doente crítico											
6	Validar a matriz da consulta de <i>follow-up</i> do doente crítico											
7	Ministrar sessão de formação PowerPoint											
8	Realizar um questionário da validação da sessão de formação											
9	Implementar da consulta de <i>follow-up</i> na UCI											
10	Realização do relatório de estágio											
11	Entrega do relatório de estágio											

## 2.4. EXECUÇÃO

Ruivo et al. (2010) frisam que é nesta fase que é necessário proceder à procura de dados, informação credível que contribua para a resolução dos problemas identificados. A execução “(...) assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projecto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas” (Ruivo et al., 2010, p. 23). Por forma a ser o

mais exato possível será exposto de forma cronológica o descrito nas alíneas a, b, c e d do ponto 2.3, enunciando anteriormente.

Seguidamente será descrita a pesquisa de artigos científicos em bases de dados eletrônicas, no intuito de fundamentar a importância da consulta de *follow-up* na prevenção da SPICI nas UCI's.

Para Grant & Booth, (2009) as *rapid reviews* usam um método rigoroso e explícito à semelhança das revisões sistemáticas, onde deve constar uma pergunta de investigação bem delimitada, preconizando uma estratégia de busca com foco principalmente em revisões.

Não existe uma definição formal de *rapid reviews*, embora seja possível afirmar que são um *“tipo de síntese de conhecimento em quem os componentes do processo de revisão sistemática são simplificados ou omitidos para produzir informação em um curto período de tempo”* (Tricco et al., 2015, p. 2).

De acordo com Toma & Soares, (2016), na área da saúde, as *rapid reviews* têm sido bastante utilizadas e têm ganho legitimidade ao longo do tempo, por possibilitar tomadas de decisões rápidas em processos de incorporação, alteração e exclusão de tecnologias, em decisões clínicas, assim como no apoio à elaboração de políticas de saúde.

Anualmente, milhões de doentes têm alta das UCI's, verificando-se um acréscimo do número de sobreviventes e uma diminuição da mortalidade do doente crítico nas UCI's, apesar do acréscimo das comorbidades inerentes ao aumento do envelhecimento da população. Este indicador, tem aumentado as inquietações acerca do verdadeiro impacto das consequências a longo prazo dos internamentos de cuidados intensivos no doente, na família e na sociedade (Needham et al., 2012).

Segundo Lago, (2020) foi Dale Needham, em 2012 que descreveu a SPICI pela primeira vez, o qual identificou a necessidade urgente em abordar de uma forma mais completa as consequências dos internamentos de longos períodos dos sobreviventes internados nas UCI e dos seus familiares.

Posteriormente, Halm, (2019) e mais recentemente Friedman et al., (2022) corroboram que a SPICI está associada a problemas que incluem a dependência física, alterações cognitivas e psicossociais, resultantes da doença crítica e, que afetam a qualidade de vida dos utentes.

Oliveira (2021), acrescenta que a SPICI ocorre em contexto do internamento em UCI's e que *“(...) o indivíduo pode manifestar sequelas significativas que prejudicam a manutenção de sua qualidade de vida, no que diz respeito às capacidades físicas, cognitivas e psicológicas (...)”* (Oliveira et al., 2021, p. 40).



Por sua vez, Yuan et al., (2020) define a SPICI não unicamente como o aparecimento de distúrbios psicológicos, cognitivos ou físicos durante o internamento dos doentes em cuidados intensivos, mas refere que a SPICI consiste num termo usado para descrever o aparecimento ou agravamento de alterações multidimensionais, nomeadamente na perspetiva física, psicológica, cognitiva, mas também na perspetiva social. Este autor, evidencia a componente social como um aspeto de grande relevo na reintegração dos doentes na sociedade, na família e no trabalho.

Rousseau et al., (2021) acrescenta que a osteopenia, distúrbios metabólicos, disfunção endócrina, distúrbios do sono, dor crônica e fadiga são fatores de risco que levam ao aparecimento da SPICI. Refere, ainda que os doentes sobreviventes das UCI têm uma pior qualidade de vida, e um risco acrescido de morte, a medio e longo prazo. A incidência de complicações associadas à SPICI no doente crítico é de causa multifatorial, podendo advir da predisposição do doente, a idade, a severidade da doença, e os cuidados de saúde prestados ao doente crítico (Friedman et al., 2022). As alterações físicas mais frequentes são a fraqueza muscular; perda de massa muscular; dificuldade para caminhar; baixa tolerância para o exercício físico; dificuldade respiratória e problemas de deglutição. Segundo Rohr et al., (2021) a incidência de sintomas de fraqueza muscular nos sobreviventes de doença crítica está estimada entre os 20% e os 80%. Ainda segundo o mesmo autor, as alterações físicas podem prevalecer 6 meses após alta em 64% dos doentes.

As alterações cognitivas mais frequentes são as alterações da memória; dificuldade na orientação; problemas de atenção; processamento da informação lentificado; delírio; estados confusionais; presença de alucinações e alterações de funções executivas. Neste contexto, Lago (2020) realça que existe uma boa respostas de reabilitação cognitiva quando os doentes são submetidos a programas de reabilitação específicos. As flutuações da glicose sérica (hiperglicemia e hipoglicémia) e a existência do delírio e stress aquando do internamento na UCI podem também ser fatores de risco para o agravamento das alterações cognitivas.

No que concerne às alterações emocionais, um estudo realizado por Orvelius et al., (2016) constata que 6 meses após o internamento, cerca de 78% dos doentes com alta da UCI's tem recordações do seu internamento. Essas recordações podem surgir sob forma de pesadelos noturnos, memórias impactantes indesejadas alterando significativamente a qualidade do sono e diminuindo a qualidade de vida dos doentes após alta das UCI's. (Lago, 2020). Segundo Inoue et al., (2019), a depressão, a ansiedade e o stress pós-traumático são os principais distúrbios de doenças relacionais com a SPICI, sendo que cerca de 30% dos utentes desenvolvem quadro de depressão e 70% manifestam sintomatologia de ansiedade

e stress pós-traumático. Para Lago (2020) o transtorno do sono também é uma importante alteração emocional. Os fatores de risco que predispõem o surgimento destas alterações emocionais são: ser jovem; mulher; situação de desemprego; consumo de álcool e o uso de opioides durante o internamento (Lago, 2020).

De uma forma muito objetiva e clara, Oliveira et al., (2021) menciona que não basta garantir a sobrevivência dos doentes, é necessário mitigar as sequelas que afetam de forma significativa, e causam danos à manutenção da qualidade de vida dos utentes após alta das UCI. Neste contexto Friedman et al., (2022) refere que o problema é real e que existe um aumento da taxa de suicídio associado à SPICI. Existe uma preocupação com o impacto das alterações na satisfação das atividades de vida diárias dos doentes, e na diminuição da sua qualidade de vida, assim como à demorada normalização da vida dos utentes após alta das UCI's. (Villa et al., 2021) As manifestações da SPICI também têm um fator perturbado no contexto familiar, provocando muitas vezes ruturas profundas no seu relacionamento (Lago 2020).

A melhoria da comunicação entre profissionais de saúde, doente e família está reportada como fundamental no tratamento e prevenção da SPICI. Portanto, a implementação de consultas de *follow-up* específicas para doentes assume uma grande relevância. O apoio emocional com equipas de psicólogos é também um aspeto fundamental. Outro fator de grande importância é o apoio social, nomeadamente no que se refere ao encaminhamento do doente para as unidades de retaguarda e na preparação da família para receber o doente com comorbilidades em casa. (Inoue et al., 2019). A estratégia para prevenir e tratar da SPICI ainda está pouco estudada e explorada, prevalecendo atualmente programas de *follow-up* (Villa et al., 2021) na prevenção e tratamento desta síndrome.

Após ter verificado o impacto que esta síndrome pode provocar nos doentes após a alta hospitalar, optei por realizar uma *rapid review* a partir da pergunta de investigação formulada: A consulta de *follow-up* do doente crítico após a alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos contribui para a redução da prevalência da Síndrome de Internamento Pós-Cuidados Intensivos (SPICI)? Perante a pergunta de investigação, realizou-se uma pesquisa científica de artigos entre de junho e agosto de 2022, com os seguintes critérios:

- ✓ Base de dados escolhidas: MEDLIN, CINAHL, PubMed, Scielo e RCAAP.
- ✓ Crítérios de inclusão: artigos publicados entre janeiro de 2017 e junho de 2022 acerca de estudos realizados em adultos, na Europa e Estados Unidos da América, escritos em português ou inglês, disponibilidade em texto integral e com *abstract* acessível no âmbito da questão em

estudo. Foi decidido limitar unicamente a pesquisa aos países Europeus e aos Estados Unidos da América por estes serem os países com programas de *follow-up* do doente crítico mais testados e aprimorados ao longo desta última década.

- ✓ Critérios de exclusão: artigos com data de publicação anterior a 2017, artigos duplicados e artigos escritos no âmbito pediátrico.
- ✓ Boleanos utilizados: AND e NOT
- ✓ Frase boleana: (((*follow-up* care) AND (Post intensive care syndrome)) AND (critical illness)) AND (intensive care unit) AND (quality of life) NOT (pediatr\*)

No total foram identificados 51 artigos, sendo extraídos da base de dados PubMed 30 artigos, seguindo-se as bases de dados MEDLINE e RCAPP ambas com nove (9) artigos, a base de dados CINAHL com três (3) artigos e por último a base de dados SCIELO que não apresentou resultados aquando da pesquisa, conforme esquematizado no fluxograma de estudos incluídos na Figura 1.

Dos 51 artigos inicialmente obtidos aquando da pesquisa nas bases de dados, foi realizada uma pré-seleção através da leitura do título e resumo. Foi constatado a duplicação de dois (2) artigos, pelo que foram excluídos da seleção. Seguidamente, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão aos 49 artigos selecionados, onde foram excluídos 28 artigos por serem estudos realizados em idade pediátricas, por não cumprirem os critérios geográficos, linguísticos, por não apresentarem texto integral ou não responderem à questão que orientou o estudo no que se refere à pertinência do *follow-up* do doente crítico após alta de uma UCI. Após a leitura dos 21 artigos com texto integral elegíveis para leitura, foram excluídos 14 artigos por não responderem à questão da investigação ou por não apresentarem resultados considerados relevantes para a nossa questão de investigação. Após a seleção descrita anteriormente foram incluídos sete (7) artigos para a realização deste estudo.

Todos os artigos incluídos no estudo estavam escritos unicamente na língua inglesa, distribuídos geograficamente por Inglaterra (1), Estados Unidos da América (1), Itália (1), Bélgica (1), Suécia (1), França (1) e Escócia (1), sendo precisamente uma *intervention Review*, uma revisão sistemática, um estudo observacional, uma *scoping review*, um estudo de registo e dois estudos randomizados.

As informações recolhidas dos artigos revistos na integra estão explanadas de forma organizada e sistematizada sob a forma de uma tabela, apresentando uma avaliação descritiva de cada artigo, conforme é possível observar na tabela 3.

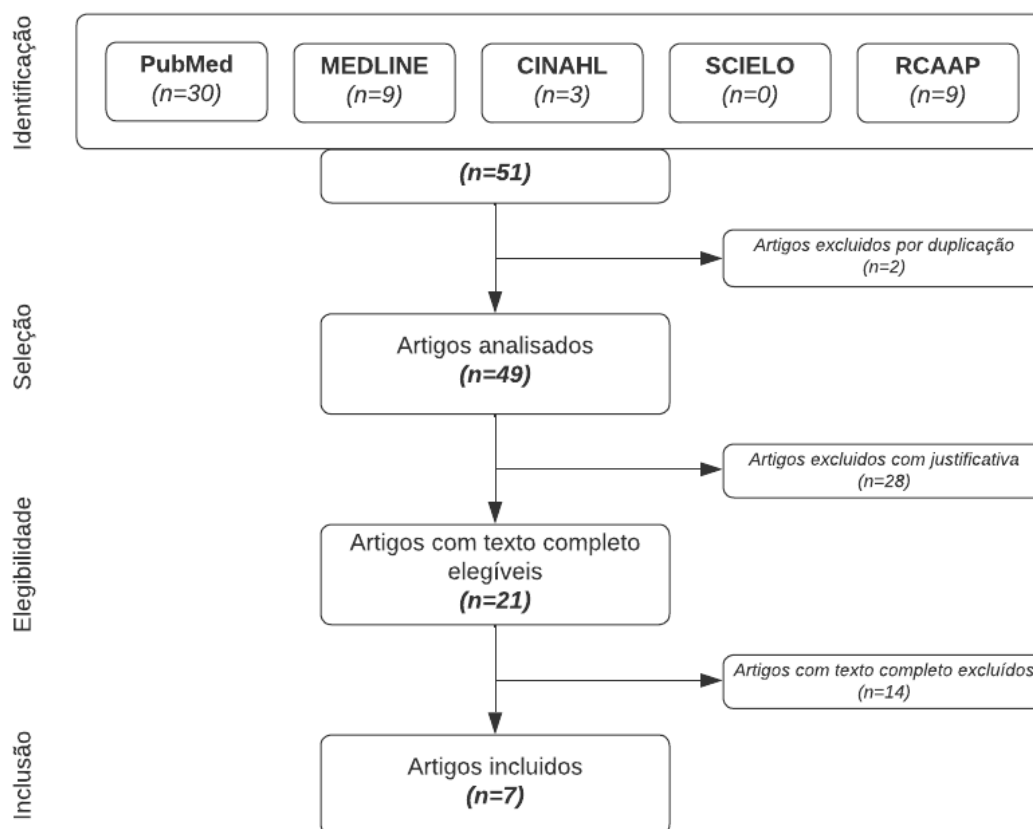


Figura 1- Fluxograma da seleção da seleção dos estudos

De uma forma transversal, todos os estudos concluem que devem ser realizados mais estudos, no intuito de aprofundar conhecimentos acerca do verdadeiro impacto que o *follow-up* do doente crítico na prevenção da SPICU.

Em 2019, foi realizado em Inglaterra uma *Intervention Review* intitulada de *Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors* onde foi constatado que os estudos realizados na área do *follow-up* do doente crítico são muito poucos, não sendo possível evidenciar taxativamente o real impacto que a implementação de programas de *follow-up* apresenta no doente crítico, pelo que foi proposto a realização de mais estudos, preferencialmente randomizados com apenas uma variável de estudo, para que seja possível extrair conclusões irrefutáveis. (Kiekens, 2019)

Por sua vez, uma revisão sistemática realizada nos Estados Unidos da América em 2019, intitulada *Intensive care Unit Diaries, Part 2: Impact of Diaries and Follow-up Consultation on Post-Intensive Care Syndrome* no intuito de avaliar o impacto que a implementação do diário e da consulta de *follow-up* tinha

nos doentes internados nas UCI. Neste estudo foi evidenciado que a utilização dos diários promove uma melhoria significativa na demonstração da ansiedade e depressão dos doentes, melhorando significativamente a sua qualidade de vida. Referem ainda que existe evidencia de algum efeito positivo relacionado com o stress pós-traumático. (Halm, 2019)

Em relação à consulta de *follow-up*, os resultados evidenciam um efeito positivo em relação aos sintomas relacionais como stress pós-traumático. Contudo os dados recolhidos no estudo, são insuficientes para reportar efeito positivo na depressão, embora não seja atribuída à consulta agravamento do estado depressivo. Por sua vez, os autores do estudo concluem que a implementação da consulta de *follow-up* não tem qualquer efeito ao nível da recuperação cognitiva e física, nos níveis de ansiedade, na capacidade de retorno ao trabalho e na qualidade de vida dos doentes. (Halm, 2019)

Mais recentemente, foi realizado em 2021 um estudo observacional em Itália em 2021 subordinado ao tema *Implementation of a Follow-up Program for Intensive Care Unit Survivors*, com o objetivo de avaliar os resultados obtidos, após um ano de implementação de um programa de *follow-up* a doentes com alta da UCI em diferentes hospitais, relativamente ao stress pós-traumático, ansiedade e depressão.

Segundo o Villa et al., (2021) existem evidências de positivas na implementação de programas de *follow-up* como parte integrante da reabilitação cognitiva e funcional do doente crítico, durante e após o internamento na UCI, especialmente devido ao desenvolvimento participativo do doente, aumentando a probabilidade de sucesso da intervenção.

Contudo, os autores do estudo, referem que por motivos de ausência de padronização no método dos programas de *follow-up* implementados nos diferentes hospitais, dificultou a realização de estudo pela impossibilidade de comparar diferentes programas de *follow-up* implementados nos diferentes hospitais. Foi proposto a implementação de um programa de *follow-up* transversal a todos os hospitais por forma a avaliar taxativamente a pertinência dos programas de *follow-up* no doente crítico. (Villa et al., 2021)

Na Bélgica foi realizada uma *scoping review* intitulada *Intensive care units follow-up: a scoping review protocol*, com o objetivo de caracterizar, de uma forma ampla, o conceito de *follow-up* na UCI no intuito de esclarecer as implicações do *follow-up* na qualidade de vida do doente crítico, assim como propor recomendação para pesquisas futuras.

À semelhança do estudo realizado por Villa et al., (2021), também o estudo realizado em 2020, por Prevedello et al., (2020) tinha sido referido que a inexistência de um modelo padronizado validado dos

programas de *follow-up* implementados nos hospitais, inviabiliza a correta avaliação dos doentes, impossibilitando a avaliação da sua qualidade de vida.

Mais recentemente, em 2021, foi realizado na Suécia um estudo de registo intitulado *Factors and health-related quality of life associated with participation in a post-ICU follow-up*, realizado por Glimelius Petersson et al., (2021) com o objetivo de descrever e explorar características determinantes para promover a visita/não visita do doente à UCI, aquando da consulta de *follow-up*, assim como verificar o impacto que a visita/não visita do doente à UCI tem na qualidade de vida do doente crítico.

Neste estudo, Glimelius Petersson et al., (2021) enfatizam o facto de o *follow-up* do doente crítico contribuir essencialmente para aumentar o conhecimento sobre a SPICI e as necessidades do doente crítico durante o internamento nas UTI, assim como na sua recuperação após a alta do doente. Sendo possível desta forma adequar e melhorar os cuidados prestados aos doentes.

À semelhança do descrito por Kiekens, (2019), também Glimelius Petersson et al., (2021) referem que a consulta de *follow-up* e o diário na UCI, tem demonstrado efeitos positivos relativamente ao stress pós-traumático manifestado pelos doentes, embora não existam evidências claras na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Para Glimelius Petersson et al., (2021) outro importante aspeto digno de ser realçado, é o facto destes autores afirmarem que a visita do doente, acompanhado por enfermeiro à UCI onde esteve internado, apresenta ganhos significativos. Segundo os autores é aquando da visita que o doente pode expressar e reavaliar memórias e experiências tidas enquanto doente na UCI.

Neste estudo, os autores relatam uma elevada taxa de desistência das consultas de *follow-up* por não adequar os serviços prestados às reais necessidades dos doentes, devendo por isso, ser feito um esforço maior para ajudar o doente crítico idoso na assiduidade à consulta de *follow-up*. O horário da consulta de *follow-up* deve ser adaptado à realidade de cada utente, seja ele idoso ou jovem, por forma a promover a sua assiduidade à consulta.

Os autores suecos, referem que apesar de existirem indícios muito positivos do *follow-up* do doente crítico, deve ser desenvolvida uma discussão séria no intuito de promover contributos validos que promovam o desenvolvimento e avaliação dos procedimentos atuais, em relação às reais necessidades dos doentes, em função da heterogeneidade do doente crítico.

Também, um estudo randomizado, realizado em França no decorrer deste ano, intitulado *Impact of Postintensive Care Unit Multidisciplinary Follow-up on the Quality of Life (SUIVI-REA): Protocol for a*

*Multicenter Randomized Controlled Trial*, e com o objetivo de comparar o impacto de uma consulta de *follow-up* multidisciplinar com uma consulta standard na avaliação da SPICI, apresentou conclusões, parcialmente idênticas, ao estudo realizado na Suécia. Neste estudo foi concluído que a implementação a consulta de *follow-up* do doente crítico apresenta benefícios claros para a identificação dos fatores de risco associados à SPICI, permitindo adequar estratégias ao doente aquando do internamento na UTI, promovendo desta forma para o desenvolvimento da epidemiologia da SPICI. Contudo, não foi demonstrado que o *follow-up* do doente crítico apresentasse benefícios diretos para o doente.

Noutro estudo realizado na Escócia, realizado por Henderson et al., (2021) intitulado *Post-intensive care syndrome following cardiothoracic critical care: Feasibility of a complex intervention*, foi estudado a possibilidade de implementar a consulta de *follow-up* ao doente crítico cardíaco e perceber em que medida os sintomas dos doentes estava presente nos doentes cardíacos. Foi evidenciado que a qualidade de vida dos doentes foi afetada em mais de 90% dos doentes, por alteração de, pelo menos, uma das componentes físicas, psicológicas ou cognitivas. Foi constatado também que 41% dos doentes manifestaram ansiedade e 22% apresentaram sintomas de depressão. Por sua vez, nos aos prestadores de cuidados, foi demonstrado que 57% dos prestadores apresentavam sintomas de ansiedade e 35% apresentavam sintomas de depressão, aquando da primeira consulta.

Por sua vez, foi evidenciado que a implementação do programa de *follow-up* do doente crítico demonstrou uma melhoria na qualidade de vida dos utentes crítico cardíaco e nos prestadores de cuidados, que apresentaram alterações positivas significativas, tendo sido considerado viável a replicação do estudo em larga escala.

A partir desta *rapid review* foi minha intenção recolher e organizar os documentos que me permitissem propor ao serviço onde estagiava uma matriz para a implementação de uma consulta de *follow-up* do doente crítico após a alta da UCIP

Tabela 3 - Resumo dos artigos extraídos e inclusos na pesquisa

ID	Título	Autores/Ano/País	Tipo de Estudo /Objetivos	Resultados
1	<i>Follow-up</i> services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors	Kiekens, 2019, Inglaterra	<b>Intervention Review</b>  Avaliar a eficácia de serviços de acompanhamento dos sobreviventes de internamentos nas UCI.  O objetivo secundário avaliar diferentes modelos de acompanhamento.	Devido aos dados limitados não foi possível evidenciar se o serviço de <i>follow-up</i> é preferível ou é mais eficaz para o doente crítico.  Os autores propõem a realização de mais estudos, preferencialmente estudo randomizados com apenas uma variável de estudo.
2	Intensive care Unit Diaries, Part 2: Impact of Diaries and <i>Follow-up</i> Consultation on Post-Intensive Care Syndrome	Halm, 2019, Estados Unidos da América	<b>Revisão Sistemática</b>  Perceber se a implementação de diários de UCI e/ou consulta de acompanhamento reduzem a ansiedade, depressão, stress pós-traumático transtorno de stress pós-traumático, deficiências físicas/cognitivas e se melhoraram a qualidade de vida dos doentes sobreviventes à doença crítica.	Os diários nas UCI têm um efeito positivo no doente crítico ao nível da ansiedade, depressão e qualidade de vida, evidenciando um potencial efeito positivo relacionado com o stress pós-traumático manifestado pelo doente crítico.  No que concerne à consulta de <i>follow-up</i> , os resultados obtidos evidenciam efeitos positivos para os doentes que manifestam stress pós-traumático, embora não evidencie um incremento na melhoria da depressão.
3	Implementation of a <i>Follow-up</i> Program for Intensive Care Unit Survivors	Villa et al., 2021, Itália	<b>Estudo Observacional</b>  Avaliar os resultados obtidos, após um ano de implementação um programa de acompanhamento após a alta do doente crítico da	Os autores do estudo recomendam a utilização de programas de <i>follow-up</i> doente crítico, presenciais, como parte integrante na recuperação e reabilitação cognitiva e funcional do doente crítico durante e após o internamento nas UCI. Estimulando



			UCI, nos quesitos stress pós-traumático, ansiedade e depressão.	desta forma o desenvolvimento participativo do doente, aumentando a probabilidade sucesso da intervenção.
				Os autores do estudo descrevem, como organizar um programa de <i>follow-up</i> do doente crítico.
4	Intensive care units <i>follow-up</i> : a scoping review protocol	Prevedello et al., 2020, Bélgica	<b>scoping review</b> Caracterizar, de uma forma ampla, o conceito de <i>follow-up</i> na UTI no intuito de esclarecer as implicações do <i>follow-up</i> na qualidade de vida do doente crítico, assim como propor recomendação para pesquisas futuras.	As consultas de <i>follow-up</i> permitem identificar e avaliar os efeitos e consequência a longo prazo da SPICI após internamento em cuidados intensivos na dimensão do doente, família e sociedade, permitindo desta forma atuar preventivamente aquando do internamento na UCI.  Os autores concluem ainda que o programa de <i>follow-up</i> , nos diversos hospitais, não é padronizado por inexistência de um modelo padrão validado que permita avaliar os doentes, assim como a sua qualidade de vida.
5	Factors and health-related quality of life associated with participation in a post-ICU <i>follow-up</i> .	Glimelius Petersson et al., 2021, Suécia	<b>Estudo de registo</b>  Descrever e explorar características e determinantes para promover a visitar/não visitar do doente à UCI em diferentes momentos.  Descrever qualidade de vida dos doentes ao longo do tempo para pacientes nos grupos que visitam/não visitam a UCI.	O <i>follow-up</i> do doente crítico contribui para aumentar o conhecimento sobre as necessidades do doente crítico durante o internamento nas UTI, assim como na sua recuperação após a alta do doente.  A consulta de <i>follow-up</i> e o diário na UCI, têm demonstrado efeitos positivos relativamente ao stress pós-traumático, não mostrando evidencias de melhoria da qualidade de vida dos doentes.

---

				<p>A visita doente acompanhada por enfermeiro à UCI onde esteve internado, apresenta ganhos significativos onde o doente pode expressar e reavaliar memórias e experiências na UCI.</p> <p>Deve ser feito um esforço maior para ajudar o doente crítico idoso na assiduidade à consulta de <i>follow-up</i>, por forma a terem os benefícios relatados anteriormente, adequando os horários das consultas.</p> <p>O horário da consulta de <i>follow-up</i> deve ser adaptado à realidade de cada utente, seja ele idoso ou jovem, por forma a promover a assiduidade à consulta.</p> <p>Apesar de indícios muito positivos do <i>follow-up</i>, deve ser desenvolvida uma discussão séria com o desígnio de promover contributos sobre o desenvolvimento e avaliação dos procedimentos atuais em relação às reais necessidades dos doentes tendo em conta a heterogeneidade do doente crítico.</p>
6	<p>Impact of Postintensive Care Unit Multidisciplinary <i>Follow-up</i> on the Quality of Life (SUIVI-REA): Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Friedman et al., 2022, França</p>	<p><b>Estudo randomizado</b></p> <p>Comparar o impacto de uma consulta de <i>follow-up</i> multidisciplinar com uma consulta standard na avaliação da SPICI.</p>	<p>Não foi possível demonstrar no estudo que a implementação da consulta de <i>follow-up</i> do doente crítico apresentasse benefícios diretos para o doente crítico. Contudo, foi concluído que a implementação da consulta de <i>follow-up</i> do doente crítico apresenta benefícios claros para a identificação dos fatores de risco associados à SPICI, permitindo adequar estratégias ao</p>

---

---

			doente aquando do internamento na UTI, promovendo desta forma para a o desenvolvimento da epidemiologia da SPICI.
7	Post-intensive care syndrome following cardiothoracic critical care: Feasibility of a complex intervention	Henderson et al., 2021, Escócia	<p><b>Projeto de intervenção</b></p> <p>Descrever os sintomas dos sobreviventes de unidades de cuidados intensivos cardíacos, assim como dos prestadores de cuidados.</p> <p>Explorar a viabilidade de implementação do programa de <i>follow-up</i> do doente crítico cardíaco, no intuito de dar suporte a problemas relacionados com a SPICI e SPICI-F</p>
			<p>Mais de 90% dos pacientes manifestaram problemas em pelo menos um dos domínios da qualidade de vida;</p> <p>41% dos doentes manifestaram ansiedade e 22% apresentaram sintomas de depressão;</p> <p>Em relação aos prestadores de cuidados, 57% apresentavam sintomas de ansiedade e 35% apresentavam sintomas de depressão, aquando da primeira consulta.</p> <p>Este projeto de <i>follow-up</i> demonstrou uma melhoria na qualidade, apresentando implicações positivas para o doente crítico cardíaco, assim como dos seus prestadores de cuidados, sendo viável a sua aplicação em larga escala</p>

---

## **Parecer jurídico da Ordem dos Enfermeiros**

Por forma sustentar a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico, numa base legal sustentada, importa reunir legislação que fundamente a implementação desta consulta. Neste sentido importa lembrar que existem diretrizes do Ministério da Saúde que descrevem a necessidade de implementar a consulta de *follow-up* do doente crítico por forma a diminuir o tempo de internamento em cuidados intensivos, diminuir a incidência e prevalência da SPICI, assim como diminuição das comorbilidades associadas ao internamento em cuidados intensivos e um mais rápido retorno à vida ativa do doente crítico, acrescentando desta forma ganhos de saúde para os doentes (Nuñez et al., 2020).

Neste seguimento, importa também perceber se existe um enquadramento legal específico para a consulta de *follow-up* do doente crítico. Perante esta dúvida, foi solicitado um parecer jurídico ao órgão regulador da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros) acerca da existência de legislação específica para a implementação da consulta de *follow-up* do doente crítico.

Como forma de resposta às dúvidas apresentadas, a OE emitiu um Parecer do Conselho de Enfermagem N.º53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem, (2021) – Anexo I, onde refere que não existe legislação específica para a consulta de *follow-up* do doente crítico, devendo a implementação da consulta de *follow-up* cumprir com os requisitos legais expressos na lei de bases da saúde (Lei n.º95/2019).

Outro documento tido em atenção foi o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), onde refere que os enfermeiros devem garantir o “(...) respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade.” (al. c) do n.º2 do Art.º 96.º REPE, 2015, pp. 73–74).

## **Matriz da Consulta de *Follow-up***

É importante referir que o estudo da SPICI é ainda recente (2012), tendo sido iniciado o seu estudo pelo Dr.º Needham nos Estados Unidos da América. Na Europa, os países escandinavos, foram os primeiros a desenvolver estudos sobre a SPICI, sendo atualmente os países que mais têm apresentado estudos, com aplicabilidade prática, sendo estes países os únicos que apresentam modelos específicos de *follow-up* do doente crítico, em detrimento de outros países que ainda procuram o seu modelo de *follow-up* para o doente crítico. (Rohr et al., 2021).

Neste caso, para a elaboração da matriz da consulta de *follow-up* (anexo - II) foram tidas em conta as três visitas de estudo realizadas no Hospital de Matosinhos, estudos científicos e a realidade da UCI. O

processo de elaboração da matriz da consulta resultou num impresso simplificado com informação importante para o seguimento do doente. Importa dizer que este foi um processo de avanços e recuos, tendo em conta a aprovação da matriz por parte da direção do serviço, a qual foi aprovada e está em processo de aplicação neste momento, após o término do estágio.

Aquando da consulta devem ser preenchidos os campos do formulário (anexo II) referentes à identificação do doente, dados do internamento do doente, fatores de risco da SPICl e antecedentes pessoais do doente, conforme solicitado.

O doente é observado pela equipa de *follow-up* (enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e médico intensivista), os quais podem solicitar colaboração de outras especialidades (conforme exemplificado no formulário)

Foi decidido em equipa que a consulta de *follow-up* do doente crítico iria ocorrer, pelo menos, em três ocasiões para o doente e duas sessões para a família. Ficou definido que a primeira consulta iria ocorrer entre o quinto e o sétimo dia após a alta da UCI (ainda durante o internamento hospitalar), a segunda consulta ao quarto mês, e a terceira consulta ao décimo mês após alta do doente. Os familiares ou cuidadores, acompanham o doente na segunda e terceira consulta.

Foram definidos critérios de inclusão de *follow-up*: i) ser maior de idade; ii) internamentos superiores a cinco dias; iii) ter consentimento do doente; iv) doente não transferido; v) doente com expectativa de vida superior a 6 meses e, vi) sem patologia demencial profunda.

Na admissão do doente crítico devem ser preenchidos os formulários da avaliação inicial do doente onde devem ser avaliadas a componente física, psicológica e cognitiva do doente, através das escalas de avaliação validadas para português e com autorização dos autores para a sua aplicação.

- ✓ Escala para avaliação da componente cognitiva Mini COG - Anexo III;
- ✓ Escala para avaliação da componente física Clinical Frailty Scale (CSF) – Anexo IV e ICU Mobility Scale (IMS) - Anexo V
- ✓ Escala para avaliação do *delirium* CAM-ICU – Anexo VI;
- ✓ Escala para avaliação da ansiedade GAD-7 - Anexo VII;
- ✓ Escala para avaliação da depressão PHQ-9– Anexo VIII;
- ✓ Escala para avaliação do stress pós-traumático PCL-C – Anexo IX.

As escalas de avaliação foram selecionadas tendo como referência as escalas utilizadas noutra instituição hospitalar em Portugal e a pesquisa científica.

A literatura científica pesquisada utiliza essencialmente duas escalas para uma avaliação sumária da componente cognitiva do doente: Mini-Cog (Mini-Cog©, 2022) e a Mini-Mental (Guerreiro et al., 1994). Perante este resultado foi decidido utilizar o Mini-Cog por ser um teste mais prático, rápido e simples de execução, comparativamente ao Mini-Mental. A Mini-Cog é uma escala validada para avaliação cognitiva (Mini-Cog©, 2022), conforme demonstra Ketterer et al., (2016) e utilizada em estudos recentes acerca da SPICI, como foi o caso do estudo realizado por Yanagi et al., (2021).

A escolha das escalas para avaliação da componente física CSF e IMS são já utilizadas pelos enfermeiros especialistas na área de reabilitação da UCIP, pelo que foi uma imposição da chefia do serviço a utilização das mesmas. Estas escala são também utilizadas na consulta de *follow-up* do nosso hospital de referência.

Relativamente à avaliação da *delirium* do doente crítico, a UCIP já tem implementado a escala CAM-ICU para a sua avaliação, o que converge com a proposta de Villa et al., (2021) para avaliação do *delirium* no seu estudo.

Para a avaliação da ansiedade e depressão Teymoori et al., (2020) utilizou nos seus estudos as escalas GAD-7 e PHQ-9, assim como Wang et al., (2017) no estudo da ansiedade e depressão no contexto da SPICI nos estados unidos. A escala PCL-C, é utilizada para avaliar o stress pós-traumático em civis, tendo sido utilizada em contexto de SPICI por Hatch et al., (2018) e Marcelino & Gonçalves, (2012) e adaptada para português por (Berger et al., 2004).

## **Sessão de Formação**

Após ter aprovação da direção do serviço da matriz da consulta de *follow-up*, foi proposta a realização de uma sessão de formação acerca da prevenção da SPICI a partir da consulta de *follow-up* do doente crítico, com especial enfoque na área de Enfermagem. Para tal foi efetuado um plano da sessão de formação (Anexo – X).

A sessão de formação foi ministrada presencialmente ao grupo de enfermeiros da UCIP, em modelo digital, através a da apresentação em PowerPoint (Anexo - XI) tendo contado com presença de outros profissionais de saúde, nomeadamente a diretora clínica do serviço, médicos e a orientadora pedagógica

de estágio, a Professora Paula Encarnação. No final da sessão de formação foi aplicado um questionário individual aos formandos (Anexo – XII), de modo a avaliar a sessão de formação.

## 2.5. AVALIAÇÃO

Para Ruivo et al. (2010) o processo de avaliação deve ser rigoroso e contínuo, podendo distinguir-se pela implementação de avaliações intermediárias realizadas em simultâneo com a execução do projeto e a própria execução final do mesmo.

Tabela 4 - Resultados obtidos na aplicação do questionário avaliativo da sessão de formação

ESCALA DE SATISFAÇÃO		NÃO SE APLICA	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
1. OBJECTIVOS	1.1. Classifique a clareza na definição dos objetivos desta ação de formação	0	0	0	0	3	16
	1.2. Avalie o grau de realização dos objetivos propostos	0	0	0	0	3	16
2. UTILIDADE	2.1. Classifique a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções	0	0	0	0	1	18
	2.2. Avalie o nível de conhecimentos adquiridos para a melhorias do seu desempenho profissional	0	0	0	0	5	14
3. REALIZAÇÃO DA ACÇÃO	3.1. Classifique esta ação de formação quanto à duração (tempo total do curso)	0	0	0	1	9	9
	3.2. Avalie o nível de componente prática desta ação de formação	1	0	1	2	6	9
4. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	4.1. Nível de conhecimentos no início da ação	3	1	6	5	3	1
	4.2. Nível de conhecimentos no final da ação	0	0	0	0	9	10
5. FORMADOR	5.1.1. Dominou os temas tratados	0	0	0	0	1	18
	5.1.2. Motivou a participação do grupo	0	0	0	0	1	18
	5.1.3. Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos	0	0	0	0	1	18

Neste intuito, a autora refere ser importante a implementação de instrumentos de avaliação que devem possuir três características básicas: Sensibilidade, Fidelidade e Validade. Estas características podem ser constatadas através da observação desarmada, questionários, entrevistas e escalas de avaliação.

Nesse caso foi aplicado um “questionário do formando” utilizado pela instituição (Anexo – XIII) para validação das sessões de formação. A sessão de formação foi frequentada por 19 formandos, estando demonstrado na tabela 4 os resultados obtidos após a sessão de formação.

As respostas aos questionários nas respostas à questão 4.1., apenas um formando afirma estar extremamente satisfeito com os seus conhecimentos na área do *follow-up* do doente crítico, antes da formação. Ainda acerca da mesma questão é possível observar, de uma forma mais clara e distributiva, as respostas à questão 4.1 – *Nível de conhecimentos no inicio da ação de formação* no gráfico 1. Ainda neste gráfico é constata-se que cerca de 37% dos formandos estão poucos satisfeitos ou nada satisfeitos com os seus níveis de conhecimentos antes da formação.

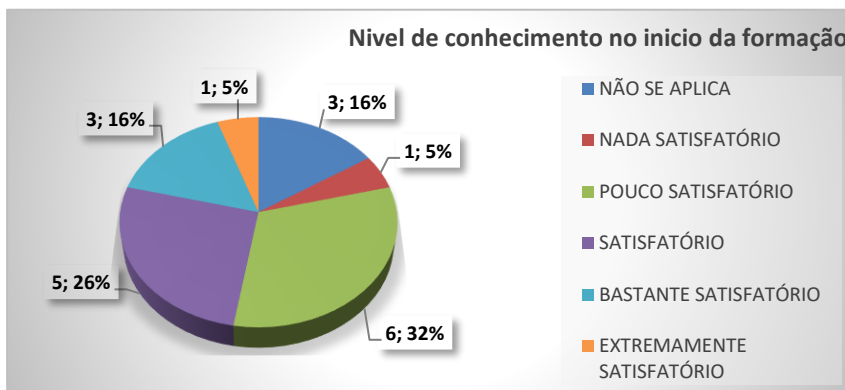


Gráfico 1- Nível de conhecimentos no início da formação

Por sua vez, após a sessão de formação, é verifica-se no gráfico 2, um substancial acréscimo do nível de conhecimento acerca do *follow-up* do doente crítico. Estas conclusões são evidentes no gráfico 3, quando se faz um balanço da aquisição de conhecimentos após a formação.

Neste caso, 89% dos formandos descrevem terem tido ganhos de conhecimento através da sessão de formação ministrada.



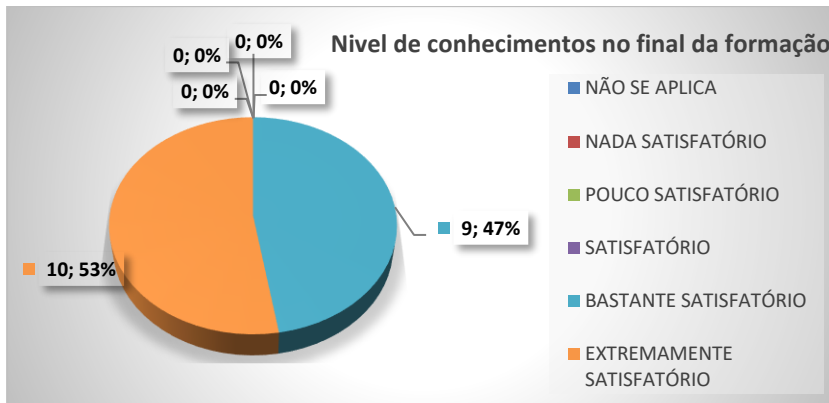


Gráfico 2 – Nível de conhecimentos no final da formação

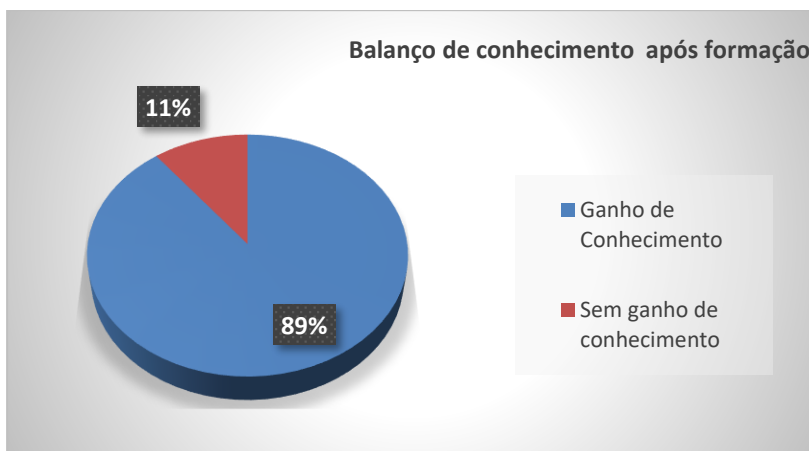


Gráfico 3 - Balanço de conhecimento após a sessão de formação

## 2.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A fase de divulgação é a fase em que se dá a conhecer à população em geral a pertinência do projeto assim como o caminho percorrido para a resolução do problema identificado (Ruivo et al., 2010).

A forma de divulgação nesta fase, será a realização de deste relatório final do estágio onde serão expostos os resultados, de uma forma objetiva. É pretensão que o relatório final de estágio após discussão em provas públicas seja publicado no repositório da Universidade do Minho ena unidade de cuidados intensivos do hospital onde realizei o estágio. Também é nossa intensão participar em Jornadas e Congressos em Cuidados Intensivos apresentando a temática desenvolvida no âmbito da prevenção da SPICI a partir da implementação de uma consulta de *follow-up*.

## CONCLUSÃO

O *follow-up* do doente crítico tem como essência fundamental identificar o mais precocemente os fatores de risco que crescem na incidência da Síndrome de Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), durante ou após o internamento dos doentes em unidades de cuidados intensivos. A evidência aponta para o benefício da implementação de uma consulta de *follow-up* na diminuição de complicações durante o internamento e, conseqüentemente, no tempo de internamento, assim como na diminuição do aparecimento de comorbidades associadas ao período de internamento, despesas de internamento prolongado e contribuição para uma melhor gestão da despesa pública e dos recursos hospitalares.

Como descrito neste relatório, alguns fatores de risco potenciadores da SPICI já são conhecidos, nomeadamente a sobredosagem de opioides, a hiper ou hipoglicémia, presença de *delirium* e a imobilidade dos doentes, no entanto, outros ainda necessitam de ser estudados, uma vez que o estudo da SPICI é bastante recente, tendo sido iniciado apenas em 2012. Por ser uma síndrome com apenas 10 anos, ainda existem algumas incertezas em relação às suas causas, conseqüências, fatores de risco e estratégias a definir para diminuir a incidência da SPICI no doente crítico.

Atualmente, existe um encorajamento político e das autoridades de saúde nacionais e internacionais para se estudar verdadeiramente o impacto da SPICI no doente crítico, uma vez que a incidência de stress pós-traumático no doente internado nos cuidados intensivos é de cerca de 70%, o que pressupõem que a implementação de programas de *follow-up* do doente crítico, podem ajudar na melhoria da qualidade de vida de pelo menos 70% dos doentes críticos.

Alguns estudos identificam diversas questões com necessidade de rápida resolução, nomeadamente o facto de cada instituição de saúde estar a implementar um programa de *follow-up* de acordo com as suas necessidades e entendimento clínico, o que não permite realizar estudos que englobem diferentes instituições, por falta de padronização relativamente às intervenções. Nos Estados Unidos da América e nos países escandinavos, por estes serem os países que há mais tempo estudam a SPICI e aplicam os mesmos programas de *follow-up* a diversas instituições de saúde, este problema não se verifica. A standardização dos procedimentos permite a comparação dos resultados e a implementação de medidas de melhoria na qualidade dos cuidados. Dois dos estudos analisados na *rapid review* reportam a necessidade de existir outros estudos que aprofundem o impacto que o *follow-up* apresenta para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. As conclusões dos estudos divergem em alguns pontos, nomeadamente no impacto que o *follow-up* tem sobre o doente ansioso e depressivo, porém, convergem nas conclusões, quando referem o impacto na melhoria que o doente apresenta relativamente ao stress

pós-traumático. Perante os resultados obtidos na *rapid review*, é possível concluir que a implementação da consulta de *follow-up* apresenta impacto positivo para a prevenção e estudo da SPICI, culminando na melhoria da qualidade de vida do doente crítico, acarretando ganhos efetivos na saúde dos doentes.

O estágio final realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica constituiu-se um campo privilegiado para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. O projeto de intervenção no serviço revelou-se muito positivo pelo interesse manifestado pela equipa de enfermagem na implementação da consulta de *follow-up* a curto prazo. Ao enfermeiro especialista cabe a responsabilidade de atuar em situações complexas sendo ao enfermeiro especialista a quem se reconhece competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados, o qual assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa, família e ou cuidador, aos processos de vida, doença ou morte.

No que respeita às competências desenvolvidas na área da Pessoa em Situação Crítica, o estágio assentou numa prática baseada na evidência como forma de validação das atividades e das intervenções, alicerçado nos fundamentos ético-legais da profissão, rumo a uma evolução da prática de enfermagem especializada. A diversidade de situações clínicas graves e complexas na UCIP foram uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos, habilidades, competências técnicas e relacionais que vão ser transpostas para o local de trabalho atual, permitindo uma abordagem estruturada, organizada com a máxima eficácia e eficiência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente crítico, da equipa multidisciplinar e da Instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder Na Prática Clínica de Enfermagem* (E. Quarteto (ed.); 2ª).
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 167–175. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082004000200006>
- Brown, S. M., Bose, S., Banner-Goodspeed, V., Beesley, S. J., Dinglas, V. D., Hopkins, R. O., Jackson, J. C., Mir-Kasimov, M., Needham, D. M., Sevin, C. M., Kumar, N., Brown, K., Aston, V., Beck, E., Akhlaghi, N., Nikoie, R., Kiehl, A., Turnbull, A., Larson, J., & Londono, I. (2019). Approaches to addressing post-intensive care syndrome among intensive care unit survivors A Narrative Review. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(8), 947–956. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201812-913FR>
- Castro, A. D. S., Arboit, É. L., Ely, G. Z., Motta Dias, C. A., Arboit, J., & Camponogara, S. (2019). Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32, 1–10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8668>
- Cavaleiro, P. (2011). *Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos*. 28.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Em *Direção Geral da Saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Em *Norma nº 018/2014 de 09/12/2014 atualizada em 27/04/2015*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2fq544s.5>
- Direção Geral da Saúde. (2017). "Feixe de intervenções" de prevenção de pneumonia associada à intubação. Em *Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017* (Número Categoria IIC). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Documento de orientação sobre resíduos hospitalares, direção geral da Saúde*. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101972000400009>

- Fortin, M. F. (2003). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Em Lusociencia (Ed.), *Universa medicina* (ISBN: 972-8383-10-X; 3ª Edissão, Vol. 27, Número 4, pp. 1–373).  
<https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>
- Freitas, C. (2017). *A Humanização Dos Cuidados Como Caminho Para a Excelência Da Prática De Enfermagem Health Care Humanization As a Path To Excellence in Nursing Practice*. 230.  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relatório Final.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relatório%20Final.pdf)
- Friedman, D., Grimaldi, L., Cariou, A., Aegerter, P., Gaudry, S., Ben Salah, A., Oueslati, H., Megarbane, B., Meunier-Beillard, N., Quenot, J. P., Schwebel, C., Jacob, L., Lagandré, S. R., Kalfon, P., Sonnevile, R., Siami, S., Mazerud, A., & Sharshar, T. (2022). Impact of a Postintensive Care Unit Multidisciplinary *Follow-up* on the Quality of Life (SUIVI-REA): Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, *11*(5). <https://doi.org/10.2196/30496>
- Glimelius Petersson, C., Jakobsson, L., Westergren, A., & Bergbom, I. (2021). Factors and health-related quality of life associated with participation in a post-ICU *follow-up*. A register study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *65*(7), 902–911. <https://doi.org/10.1111/aas.13811>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. Em *Health Information and Libraries Journal* (Vol. 26, Número 2, pp. 91–108).  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (1994). *Mini Mental State Examination (versão adaptada portuguesa)*. 30. [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8657/7/MMSE - Português.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8657/7/MMSE-Portugu%C3%AAs.pdf)
- Halm, M. A. (2019). Intensive Care Unit Diaries , Part 2 : Impact of Diaries and Follow - up Consultation on Post – Intensive Care Syndrome . Feasibility of a home-based interdisciplinary rehabilitation program for patients with Post - Intensive Care Syndrome : the REACH stu. *American Journal of Critical Care*, *28*, 65–66.
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, *22*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Henderson, P., Quasim, T., Asher, A., Campbell, L., Daniel, M., Davey, L., Devine, H., Gall, M., Mactavish, P., McGroarty, K., Nolan, F., Purdie, C., Quasim, I., Sharp, J., Shaw, M., Iwashyna, T.

- J., & McPeake, J. (2021). Post-intensive care syndrome following cardiothoracic critical care: Feasibility of a complex intervention. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(6).  
<https://doi.org/10.2340/16501977-2825>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Johns Hopkins Medicine. (2022). *Dale M Needham, M.D., Ph.D.*  
<https://www.hopkinsmedicine.org/profiles/details/dale-needham>
- Ketterer, M. W., Alaali, Y., Yessayan, L., & Jennings, J. (2016). «Alert and Oriented × 3?» Correlates of Mini-Cog Performance in a Post/Nondelirious Intensive Care Unit Sample. *Psychosomatics*, 57(2), 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.008>
- Kiekens, C. (2019). *Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors – A Cochrane review summary with commentary.* *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(11), 879–882. <https://doi.org/10.2340/16501977-2626>
- Lago, M. L. (2020). *A síndrome pós-UCI do COVID19.* 1–6.  
<https://irmashospitaleiras.pt/noticias/ler/75-a-sindrome-pos-uci-do-covid19>
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: Características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 30(1), 71–75.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>
- Mini-Cog©. (2022). *No Title.* <https://mini-cog.com/simple-test-accurate-results/>
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Núñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020).

- Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Em *Ministério da Saúde*.
- Ohtake, P. J., Lee, A. C., Scott, J. C., Hinman, R. S., Ali, N. A., Hinkson, C. R., Needham, D. M., Shutter, L., Smith-gabai, H., Spires, M. C., Thiele, A., Wiencek, C., & Smith, J. M. (2018). *Data Sources*. 98(8), 631–645.
- Oliveira, R. C. De, Martins, A. D., & De, A. P. C. (2021). Registros de memória: um estudo acerca de aspectos cognitivos pós internação em UTI. *Ciencia & Cognição*, 26(1), 40–50.
- Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–4.  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Parecer do conselho de enfermagem N.º53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem, 1 (2021). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer MCEEMC 10 / 2017*.
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, n.º 135 Diário da República , 2.ª série 19359 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, n.º26 Diário da República, 2.ª série 4744 (2019).
- Orvelius, L., Teixeira-Pinto, A., Lobo, C., Costa-Pereira, A., & Granja, C. (2016). The role of memories on health-related quality of life after intensive care unit care: an unforgettable controversy? *Patient Related Outcome Measures*, 63. <https://doi.org/10.2147/prom.s89555>
- Prevedello, D., Fiore, M., Creteur, J., & Preiser, J. C. (2020). Intensive care units *follow-up*. A scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(11), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037725>
- Pulm PEEPs. (2022). 21. *Post Intensive Care Syndrome (PICS)*.  
<https://www.pulmpeeps.com/2022/07/19/21-post-intensive-care-syndrome-pics/>

- Rohr, M., Brandstetter, S., Bernardi, C., Fisser, C., Drewitz, K. P., Brunthaler, V., Schmidt, K., Malfertheiner, M. V., & Apfelbacher, C. J. (2021). Piloting an ICU *follow-up* clinic to improve health-related quality of life in ICU survivors after a prolonged intensive care stay (PINA): study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, *7*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00796-1>
- Rousseau, A. F., Minguet, P., Colson, C., Kellens, I., Chaabane, S., Delanaye, P., Cavalier, E., Chase, J. G., Lambermont, B., & Misset, B. (2021). Post-intensive care syndrome after a critical COVID-19: cohort study from a Belgian *follow-up* clinic. *Annals of Intensive Care*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00910-9>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, *15*, 1–38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM. *Revista Investigação em Enfermagem*, *21*(2), 17–26.
- Toma, T. S., & Soares, A. C. (2016). Uma revisão rápida sobre revisões rápidas. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, *17*(1), 142–151. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024137/bis-v17n1-politicas-de-saude-142-151.pdf>
- Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., Perrier, L., Hutton, B., Moher, D., & Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>
- UMinho. (2019). Normas Formatação UMINHO. *Despacho RT-31*. [https://www.ie.uminho.pt/pt/Ensino/Documents/Despacho\\_RT-31\\_2019\\_Formatacao\\_TESSES.pdf](https://www.ie.uminho.pt/pt/Ensino/Documents/Despacho_RT-31_2019_Formatacao_TESSES.pdf)
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos* (L. Lusodidacta - Soc. Port. de Materiais Didático (ed.); 5ª Edição).
- Villa, M., Villa, S., Vimercati, S., Andreossi, M., Mauri, F., Ferlicca, D., Rona, R., Foti, G., & Lucchini, A. (2021). Implementation of a *follow-up* program for intensive care unit survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910122>



- Wang, S., Mosher, C., Perkins, A. J., Gao, S., Lasiter, S., Khan, S., Boustani, M., & Khan, B. (2017). Post-intensive care unit psychiatric comorbidity and quality of life. *Journal of Hospital Medicine*, *12*(10), 831–835. <https://doi.org/10.12788/jhm.2827>
- Yanagi, N., Kamiya, K., Hamazaki, N., Matsuzawa, R., Nozaki, K., Ichikawa, T., Valley, T. S., Nakamura, T., Yamashita, M., Maekawa, E., Koike, T., Yamaoka-Tojo, M., Arai, M., Matsunaga, A., & Ako, J. (2021). Post-intensive care syndrome as a predictor of mortality in patients with critical illness: A cohort study. *PLoS ONE*, *16*(3 March). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0244564>
- Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. R. (2020). Post-intensive care syndrome: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *114*, 103814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>

**ANEXOS**

---

ANEXO I – Parecer do Conselho de Enfermagem N° 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros

**Assunto:** Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem

## 1. QUESTÃO COLOCADA

Quais os princípios orientadores que suportam a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem?

## 2. FUNDAMENTAÇÃO

### 2.1. Da Regulação da Profissão

No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), no que reporta aos seus fins e atribuições, destacam-se:

*"1 - A Ordem tem como designio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão.*

*2 - A Ordem tem por fins regular e supervisionar o acesso à profissão de enfermeiro e o seu exercício, aprovar, nos termos da lei, as normas técnicas e deontológicas respectivas, zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares da profissão e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros."*

Assim, a regulação das intervenções e competências dos enfermeiros nos vários contextos do exercício profissional é uma das atribuições da Ordem dos Enfermeiros (OE). O quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de trabalho encontra-se definido nos seguintes documentos:

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Neste documento são descritas que as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.
- Deontologia Profissional, publicada no EOE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro.

A Deontologia Profissional aplica-se a todos os enfermeiros e descreve os seus direitos e deveres para com a profissão e os cuidados de enfermagem às pessoas. Assim, os enfermeiros têm direito a "usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade" (Artigo 96º do EOE). Dos deveres em geral, releva-



**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

se que os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Artigo 97º do EOE). Especificamente, na excelência do exercício profissional, os enfermeiros devem: (i) “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que merecem mudança de atitude” (Artigo 109º do EOE), (ii) “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” (Artigo 109º do EOE) e (iii) “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Artigo 109º do EOE). Aplica-se, também, o dever de informação, destacando-se que deve “(...) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Artigo 105º do EOE).

No âmbito da regulação da profissão de enfermeiro, além dos documentos legislativos citados, a OE publicou em Diário da República vários regulamentos, entre eles, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e os Regulamentos específicos de cada área de especialidade. Publicou, ainda, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em cada área de especialização.

## 2.2. Do enquadramento normativo

A consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem devem assentar em orientações internacionais e nacionais, que visam as boas práticas e que se encontram plasmadas em documentos emitidos por diversas entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Neste seguimento, foram consultados referenciais produzidos por estas entidades dos quais se extraíram os conceitos tidos em consideração no presente documento e que se mencionam:

- a) Consulta é o “(...) ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários” (alínea d), nº 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552);



As

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

- b) *Consulta de Enfermagem é a "(...) consulta realizada por enfermeiro (alínea e), n.º 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552);*
- c) *Consulta de Enfermagem Especializada é a consulta realizada por enfermeiro especialista;*
- d) *Consulta de Enfermagem presencial é a consulta que ocorre com a presença física do utente, como tal, também designada Consulta de Enfermagem Direta (ACSS, 2017);*
- e) *Consulta de Enfermagem Domiciliar é a consulta de enfermagem que ocorre no domicílio da pessoa, entendido como "o alojamento familiar ou alojamento coletivo onde habitualmente reside o indivíduo" (alínea j), do n.º 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552);*
- f) *Consulta de Enfermagem não presencial, é a consulta que ocorre sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, entre eles, telefone, videochamada, carta, correio eletrónico, representante legal e/ou cuidador. Pode ser síncrona ou assíncrona (alínea g), do número 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017), como tal, também designada de Consulta de Enfermagem Indireta (ACSS, 2017);*
- g) *Telessaúde "é a utilização das tecnologias de informação e comunicação para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais e cidadãos. (...) contribui para ultrapassar as barreiras geográficas e temporais no acesso à saúde, promovendo uma maior coordenação, integração e continuidade dos cuidados de saúde." (SPMS, 2019, p 26).*
- h) *Teleconsulta é a "(...) consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias da informação e comunicação avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. (...) pode acontecer em tempo real ou diferido. (...) permite aproximar os profissionais de diferentes níveis de cuidados, otimizar a gestão de recursos no SNS, melhorar o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, reduzir o número de deslocações dos utentes e cuidadores e promover a capacitação do cidadão na gestão da sua saúde." (SPMS, 2019, p. 38).*
- i) *Teleenfermagem utiliza as tecnologias da informação e comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o enfermeiro e a pessoa, à distância. A teleenfermagem congrega, entre outros, a teleconsulta, a telemonitorização, telereabilitação, telerastreio enquadradas no âmbito profissional do enfermeiro.*





**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

- j) *Teleconsulta de enfermagem é a consulta de enfermagem, no âmbito da telessaúde, realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente (alínea x), do número 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017);*
- k) *Teleconsulta de enfermagem em tempo real, ou síncrono, é a consulta fornecida, em tempo real, por um enfermeiro distante do utente, ou com a presença do utente junto de outro enfermeiro numa outra localização, com recurso à utilização de sistema de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no processo clínico do utente. Esta comunicação efetua -se em simultâneo, de forma síncrona (alínea z), do número 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017);*
- l) *Teleconsulta de enfermagem em tempo diferido (Store and forward), ou assíncrono, a utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta de enfermagem, recolhidos pelo utente e/ou representante legal e/ou cuidador, sendo estes enviados à entidade recetora que os analisa e avalia em momento posterior (forma assíncrona). (adaptado alínea y), do número 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017);*
- m) *Telemonitorização tem em vista a supervisão à distância com recurso às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente através da videoconferência e de equipamentos de manipulação remota (alínea aa), do número 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017). Deste modo, constitui-se como "(...) uma ferramenta que consiste na utilização de tecnologias de comunicação para monitorizar à distância parâmetros biométricos do cidadão tais como a pressão arterial, ritmo cardíaco, glicemia capilar, peso, oximetria e temperatura, que são transmitidos ao prestador de cuidados. Tem como principal objetivo a melhoria da prestação dos cuidados de saúde ao cidadão e consequentemente da qualidade de vida do mesmo. Particularmente nas doenças crónicas, tem como propósito a deteção de sinais e sintomas precoces de descompensação, proporcionando uma oportunidade de intervenção antes de o cidadão vir a necessitar de hospitalização." (SPMS, 2019, p. 39);*
- n) *Telerastreio "(...) é a procura à distância, com o recurso de tecnologias de informação e comunicação, de uma doença assintomática, de um fator de risco ou de uma condição prejudicial não percebida. Insere-se em regra numa estratégia de prevenção da doença por iniciativa do próprio ou do sistema." (SPMS, 2019, p. 40);*
- o) *Telereabilitação "(...) é um método inovador e alternativo, que permite acesso remoto à equipa de reabilitação." (SPMS, 2019, p. 42).*



As

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

**2.3. Do exercício profissional no âmbito da Consulta de Enfermagem e da Teleconsulta de Enfermagem**

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, é responsável pela resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem e, na assunção dessa responsabilidade, deve providenciar os meios adequados para garantir atempadamente a excelência e a continuidade de cuidados. Assente nestes pressupostos, a implementação de consulta de enfermagem enquanto consulta autónoma, independentemente do contexto, é um recurso a otimizar. Esta pode ser programada ou não (urgente), presencial ou não presencial, ocorrer de forma individualizada ou integrada no plano de consultas da equipa de saúde multidisciplinar. No âmbito da consulta não presencial, inclui-se a teleconsulta de enfermagem que, por sua vez, pode ser síncrona ou assíncrona.

Adianta-se, desde já, que independentemente de se tratar de consulta presencial ou não, é indispensável a emissão de orientações institucionais no sentido de instituir o procedimento, bem como, a articulação com outras entidades de modo a criar sinergias que visem colmatar potenciais barreiras (SPMS, 2019).

A pessoa a usufruir da consulta deve ser informada, previamente, das diferentes modalidades de consulta e participar na decisão sobre a tipologia de consulta a adoptar, informação e tomada de decisão que deverão ficar devidamente registadas e fundamentadas no processo clínico.

**2.3.1 Consulta de Enfermagem**

O enfermeiro é responsável pela realização da consulta de enfermagem, recorrendo a metodologia científica, processo de enfermagem, do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique. A consulta de enfermagem, como tal, tem por base a avaliação efectuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou actualização de um plano de intervenção de enfermagem.

A consulta de enfermagem visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida.

A criação de consulta de enfermagem, sendo da responsabilidade do enfermeiro, requer que toda a equipa esteja envolvida e, assim, motivada e disponível.





**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

Para a concretização da consulta de enfermagem, a instituição deve garantir a existência de recursos humanos e materiais adequados às necessidades em cuidados de enfermagem e, ainda, a existência de espaço próprio.

Impõe-se o desenvolvimento da parametrização dos sistemas de informação de modo a que possibilite a extracção da informação necessária à produção de indicadores em saúde e, em particular, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A consulta presencial deve ser a opção a privilegiar na primeira consulta e a equacionar com a periodicidade julgada adequada à condição da pessoa. De igual modo, a decisão sobre a modalidade a adoptar, será determinada pela necessidade e natureza dos cuidados à pessoa.

Compete às unidades de saúde garantir tempos e dotação para a realização da consulta de enfermagem, devendo pautar-se pelo recomendado no Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros.

Neste alinhamento, no âmbito dos cuidados de saúde primários, o tempo médio adequado para cuidados de enfermagem quer para a consulta de enfermagem quer para a consulta de enfermagem especializada é de 30 minutos. No que concerne à consulta de enfermagem no domicílio, especializada ou não, é de 60 minutos, excluindo o tempo para deslocação (Regulamento n.º 743/2019).

No que concerne aos cuidados hospitalares, o cálculo para a consulta de enfermagem pode ser realizado por número de atendimentos ou por posto de trabalho. Assim,

“O número de enfermeiros por posto de trabalho deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, conforme as seguintes fórmulas:

$(AT \times HCN/AC)/T$  ou  $(PT \times HF/D \times NDF/A)/T^{*1}$  (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 141)

Para efeitos de cálculo das horas de cuidados necessários (HCN), são utilizados os valores mencionados no regulamento supracitado.

No âmbito da consulta, o enfermeiro, orientado pelos referenciais legais e ético-deontológicos da enfermagem portuguesa, deve socorrer-se da melhor evidência científica, pautando-se pelos padrões

<sup>1</sup> AT – atendimento por ano HCN/AC - horas de cuidados necessárias por sessão/atividade/área de intervenção  
PT – Posto de trabalho  
HF/D – horas de funcionamento por dia  
NDF/A - número de dias de funcionamento por ano  
T – período normal de trabalho por enfermeiro/ano

As



**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

de qualidade dos cuidados de enfermagem, obedecendo aos princípios da confiança, da beneficência e da não maleficência que norteiam a sua intervenção.

Decorrente da consulta de enfermagem, sempre que a pessoa requeira cuidados de enfermagem especializados deve ser referenciada para uma consulta de enfermagem na área de especialização conveniente.

De igual modo, o enfermeiro deve encaminhar a pessoa, orientando-a para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promovendo a intervenção de outros profissionais de saúde, quando o(s) problema(s) identificado(s) não possa(m) ser resolvido(s) só por si.

A referência, para enfermeiro especialista ou para outro profissional de saúde, deve ser acompanhada de informação completa registada no sistema em uso que incluirá, pelo menos, identificação, situação actual, antecedentes, avaliação e recomendações, explicitando o motivo da referência.

Na sequência da consulta de enfermagem, deve ser registada informação em sistema certificado para o efeito, respeitando as etapas do processo de enfermagem:

- Colheita de dados de enfermagem;
- Formulação de diagnóstico(s) de enfermagem;
- Planeamento de intervenções de enfermagem;
- Execução/implementação das intervenções de enfermagem;
- Avaliação dos resultados obtidos.

Terminada a consulta de enfermagem, deve ser cedida à pessoa uma versão do plano individual a implementar, bem como documento(s) para registo(s) de dados a apresentar em consulta subsequente.

### **2.3.2 Teleconsulta de Enfermagem**

Sendo Portugal um país assimétrico no que concerne à disponibilidade e acesso aos recursos de saúde, impera a necessidade de se criarem mecanismos para reduzir constrangimentos associados ao isolamento geográfico, às diversas dificuldades logísticas e à limitada mobilização de recursos humanos diferenciados.

O contexto actual da evolução da pandemia por COVID-19 veio impor distanciamento físico invulgar, despertando a necessidade do desenvolvimento e implementação de soluções de proximidade, de forma a assegurar a continuidade de cuidados, enfatizando, assim, a pertinência da teleconsulta de enfermagem. Neste alinhamento, atenta a situação epidemiológica, o Despacho n.º 5314/2020



As

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

salvaguarda a necessidade de garantir a actividade assistencial por parte dos serviços de saúde, com recurso a tecnologias da informação e comunicação, privilegiando os meios não presenciais, nomeadamente, a teleconsulta.

Importa esclarecer, desde já, que os pressupostos descritos para a consulta de enfermagem também devem ser tidos em conta para a teleconsulta de enfermagem e que esta, deve acompanhar os preceitos estruturais e operacionais semelhantes aos que caracterizam a consulta presencial, acautelando-se as devidas especificidades.

A teleconsulta de enfermagem, ao possibilitar a consulta sem deslocação à unidade de saúde, converte-se num recurso que promove a acessibilidade aos cuidados, reduz as barreiras decorrentes de momentos ou contextos de isolamento e, ainda, minimiza os efeitos da distância geográfica, factores socioeconómicos inerentes às deslocações.

Assim, a teleconsulta, enquadrada na telesaúde, constitui-se como um meio de ligação, efectuado à distância, que permite actividades de relação, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, que requer do enfermeiro o recurso aos seus conhecimentos, habilidades e capacidades, invocando, particularmente, as suas capacidades comunicacionais.

As instituições dos diferentes níveis e contextos de cuidados de saúde devem garantir a utilização das tecnologias de informação e comunicação em saúde pelos enfermeiros, assegurando o acesso a equipamentos adequados e a formação para a sua utilização.

Compete, também, à instituição de saúde assegurar a existência de todos os meios e equipamentos necessários à realização da teleconsulta, sendo igualmente responsável por garantir a formação para a sua utilização.

Cabe realçar que, no caso de se tratar de videoconsulta, a aplicação em uso deve ser certificada para o efeito e permitir a opção de gravar ou não, em conformidade com as preferências e o acordado entre os envolvidos. Importa, ainda, frisar que, no respeito pela protecção de dados, urge a necessidade de obter consentimento informado para a gravação da consulta e tratamento da informação, conforme normativos legais. Acresce que as tecnologias de informação e comunicação adoptadas devem acautelar a segurança da informação, garantindo a privacidade e a confidencialidade.

Admite-se o uso excepcional de meios e equipamentos do enfermeiro, apenas em situações de urgência, e dessa determinação deve ser dado conhecimento ao utente. Sempre que ocorra o uso de meios e equipamentos do enfermeiro, tão breve quanto possível, a informação deve tramitar para o processo clínico do utente e eliminada definitivamente dos recursos usados.

No âmbito da teleconsulta, sem prejuízo das tecnologias de comunicação que possam vir a ser utilizadas, deve existir sempre uma via de comunicação simples entre a pessoa e o enfermeiro que o acompanha habitualmente, se possível um contacto telefónico. De salientar a importância da





**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

capacitação das pessoas para o uso de tecnologias de informação, bem como para a avaliação e registo de parâmetros e sua disponibilização durante a consulta.

Tendo por base os objectivos da teleconsulta de enfermagem e as características da pessoa, o enfermeiro deve decidir conjuntamente com esta sobre os recursos que se oferecem como mais adequados a utilizar. Conforme realçado na Norma n.º 010/2015, tendo por base o definido na Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 da DGS, a pessoa submetida a teleconsulta "(...) deve estar consciente e manifestar o seu acordo com a mesma, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, (...), ficando apenso ao processo clínico".

O enfermeiro, sempre que necessário, deve socorrer-se da telemonitorização, tendo em vista a obtenção de parâmetros biométricos e outros que contribuam para o enunciado de diagnósticos de enfermagem e, conseqüente, planeamento de intervenções.

A tomada de decisão, no âmbito da teleconsulta, pode ser dificultada quer pelo facto do enfermeiro não observar presencialmente a pessoa quer por não lhe ser possível validar a informação que esta lhe transmite. Assim, deve abster-se de emitir juízos até agregar e validar a informação relevante, através dos meios que entenda como mais convenientes.

À semelhança do referido para a consulta de enfermagem, concluída a teleconsulta de enfermagem e fazendo uso do método definido previamente com a pessoa, deve ser enviada uma versão do plano individual a instituir, bem como, o(s) documento(s) para registo(s) de dados a apresentar posteriormente em consulta subsequente.

Aconselha-se que para a teleconsulta de enfermagem sejam tomados como referência os tempos e dotações recomendados para a consulta de enfermagem.

### 3. CONCLUSÃO

Face ao exposto, considera o Conselho de Enfermagem que:

- 3.1. Ao enfermeiro cabe-lhe respeitar os deveres previstos na Deontologia Profissional e nos regulamentos do exercício da profissão, que enfocam a boa prática, o compromisso com a continuidade e a excelência dos cuidados de enfermagem;
- 3.2. O enfermeiro actua responsabilmente na sua área de competência, reconhece a especificidade dos outros profissionais de saúde, respeita os limites impostos pela área de competência de cada um e actua em complementaridade funcional;
- 3.3. A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades



**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM**  
**N.º 53/2021**

em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para enfermeiros especialistas ou para outros profissionais, quando necessário.

- 3.4. A teleconsulta de enfermagem é uma modalidade de consulta não presencial, síncrona ou assíncrona, que se oferece como um recurso de proximidade a otimizar, com o objectivo de responder às necessidades em cuidados de enfermagem, em particular das pessoas que apresentam dificuldades relacionadas com mobilidade, distância geográfica ou constrangimentos socioeconómicos, bem como, para garantir a acessibilidade e proximidade.
- 3.5. A telemonitorização constitui-se como um recurso de supervisão permitindo planear e intervir à distância, no sentido de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem.
- 3.6. Da ocorrência da consulta de enfermagem e da teleconsulta de enfermagem, deve resultar a respectiva evidência de implementação do processo de enfermagem no processo individual do utente, através de sistema certificado em uso e que possibilite a extracção de informação de indicadores em saúde e, em particular, de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- 3.7. É da responsabilidade das instituições de saúde garantir os recursos necessários à realização da consulta de enfermagem e da teleconsulta de enfermagem, bem como a formação dos profissionais inerente aos recursos e equipamentos envolvidos.
- 3.8. Compete às instituições de saúde estabelecer tempos e dotações para a realização da consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem, devendo atender ao recomendado no Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, da Ordem dos Enfermeiros.

**BIBLIOGRAFIA**

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017.

Direcção Geral da Saúde (2015). Norma n.º 010/2015 de 15/06/2015. Modelo de Funcionamento das Teleconsultas.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16.

Portaria n.º 207/2017, de 11 de Julho. Diário da República n.º 132, 1.ª série de 11-07-2017.



AS

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM  
N.º 53/2021**

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República n.º 205/1996, série I-A de 1996-09-04.

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, 2.ª série de 2018-02-06.

Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República n.º 79/2015, 2.ª série de 2015-04-23.

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, 2.ª série de 25-09-2019.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Centro Nacional de TeleSaúde (2019). PENTS – Plano Estratégico Nacional Para a Telessaúde 2019-2022.

**Data de emissão:** 13.01.2021

**Aprovação/Ratificação:** Aprovado na reunião do Conselho de Enfermagem de 13 .01.2021



Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca  
(Presidente)



---

ANEXO II - Formulário para consulta de *follow-up* do doente crítico

ID Utente	<b>INTERNAMENTO SMI</b>	
	Nº DIAS SMI _____	ALTA DO SMI ____/____/____
	VENTILADO - SIM / NÃO _____	Nº Dias _____
	SEDAÇÃO - SIM / NÃO _____	_____
	DELIRIUM PRESENTE NO SMI SIM / NÃO _____	

<b>FATORES DE RISCO</b>  GÉNERO - M / F _____ IDADE _____  FILHOS MENORES SIM / NÃO _____ IDADE(S) _____  ESTADO CIVIL: SOLTEIRO / CASADO / UNIÃO DE FACTO / VIÚVO / DIVORCIADO / OUTRO _____  CONDIÇÕES SOCIO-FAMILIARES  Institucionalizado - SIM / NÃO _____  Cuidador Informal - SIM / NÃO _____  Apoio Familiar de Retaguarda - SIM / NÃO _____  Outro _____  VÍNCULO LABORAL  Desempregado - SIM / NÃO _____  Trabalho precário - SIM / NÃO _____  Trabalho efetivo - SIM / NÃO _____  CONSUMO DE ALCOOL - SIM / NÃO _____  CONSUMO DE DROGAS - SIM / NÃO _____  <b>ANTECEDENTES PESSOAIS (PREVIOS AO SMI)</b>  ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE - SIM / NÃO _____  PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS - SIM / NÃO _____  PROBLEMAS COGNITIVOS - SIM / NÃO _____  DEMÊNCIA: - SIM / NÃO _____  PROBLEMAS PSICOLÓGICOS - SIM / NÃO _____  PADRÃO DO SONO NORMAL - SIM / NÃO _____  Medicação SIM / NÃO _____  OUTROS _____  _____  _____	<b>Equipa de FOLLOW - UP</b>		
	<b>1ª CONSULTA (Internamento)</b>	5 <sup>a</sup> -7 <sup>a</sup> Dia após alta do SMI DATA ____/____/____	
		<b>SPICI FÍSICO</b> SIM / NÃO _____ IMS _____ CFS _____	<b>Pedido de Apoio de:</b> <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> FISIATRIA / REABILITAÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA / MEMÓRIA <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> SONO <input type="checkbox"/> RNCCI <input type="checkbox"/> OUTROS
		<b>SPICI PSICOLÓGICO</b> SIM / NÃO _____ ANSIEDADE - GAD 7 _____ DEPRESSÃO - PHQ-9 _____	
	<b>SPICI COGNITIVO</b> SIM / NÃO _____ MINI COG _____		
	<b>2ª CONSULTA</b>	4 Meses após alta do HSO DATA ____/____/____	
		<b>SPICI FÍSICO</b> SIM / NÃO _____ IMS _____ CSF _____	<b>Pedido de Apoio de:</b> <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> FISIATRIA / REABILITAÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA / MEMÓRIA <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> SONO <input type="checkbox"/> OUTRAS
		<b>SPICI PSICOLÓGICO</b> SIM / NÃO _____ ANSIEDADE - GAD 7 _____ DEPRESSÃO - PHQ-9 _____ RISCO DE PTSD - PCL-C _____	
	<b>SPICI COGNITIVO</b> SIM / NÃO _____ MINI COG _____		
	<b>3ª CONSULTA</b>	10 Meses após alta do HSO DATA ____/____/____	
<b>SPICI FÍSICO</b> SIM / NÃO _____ IMS _____ CSF _____		<b>Pedido de Apoio de:</b> <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> FISIATRIA / REABILITAÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA / MEMÓRIA <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> SONO <input type="checkbox"/> OUTRAS	
<b>SPICI PSICOLÓGICO</b> SIM / NÃO _____ ANSIEDADE - GAD 7 _____ DEPRESSÃO - PHQ-9 _____ RISCO DE PTSD - PCL-C _____			
<b>SPICI COGNITIVO</b> SIM / NÃO _____ MINI COG _____			



---

ANEXO III – Teste para avaliação cognitiva - MINI-COG

# MINI-COG

## Instruções

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS																								
<p>1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item.</li> <li>As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico:<sup>1-3</sup></li> </ul> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>Versão 1</b></td> <td><b>Versão 3</b></td> <td><b>Versão 5</b></td> </tr> <tr> <td>• Banana</td> <td>• Vila</td> <td>• Capitão</td> </tr> <tr> <td>• Nascer do sol</td> <td>• Cozinha</td> <td>• Jardim</td> </tr> <tr> <td>• Cadeira</td> <td>• Bebê</td> <td>• Fotografia</td> </tr> <tr> <td><b>Versão 2</b></td> <td><b>Versão 4</b></td> <td><b>Versão 6</b></td> </tr> <tr> <td>• Filha</td> <td>• Rio</td> <td>• Líder</td> </tr> <tr> <td>• Paraíso</td> <td>• Nação</td> <td>• Estação do ano</td> </tr> <tr> <td>• Montanha</td> <td>• Dedo</td> <td>• Mesa</td> </tr> </table>	<b>Versão 1</b>	<b>Versão 3</b>	<b>Versão 5</b>	• Banana	• Vila	• Capitão	• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim	• Cadeira	• Bebê	• Fotografia	<b>Versão 2</b>	<b>Versão 4</b>	<b>Versão 6</b>	• Filha	• Rio	• Líder	• Paraíso	• Nação	• Estação do ano	• Montanha	• Dedo	• Mesa
<b>Versão 1</b>	<b>Versão 3</b>	<b>Versão 5</b>																							
• Banana	• Vila	• Capitão																							
• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim																							
• Cadeira	• Bebê	• Fotografia																							
<b>Versão 2</b>	<b>Versão 4</b>	<b>Versão 6</b>																							
• Filha	• Rio	• Líder																							
• Paraíso	• Nação	• Estação do ano																							
• Montanha	• Dedo	• Mesa																							
<p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impreso no verso.</li> <li>A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8).</li> <li>Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros.</li> <li>Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente.</li> <li>Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal.</li> <li>Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos.</li> </ul>																								
<p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.</p>	<p>Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.</p>																								

## Pontuação

<b>3 palavras recordadas</b>	Negativo para défice cognitivo
<b>1-2 palavras recordadas + normal TDR</b>	Negativo para défice cognitivo
<b>1-2 palavras recordadas + anormal TDR</b>	Positivo para défice cognitivo
<b>0 palavras recordadas</b>	Positivo para défice cognitivo

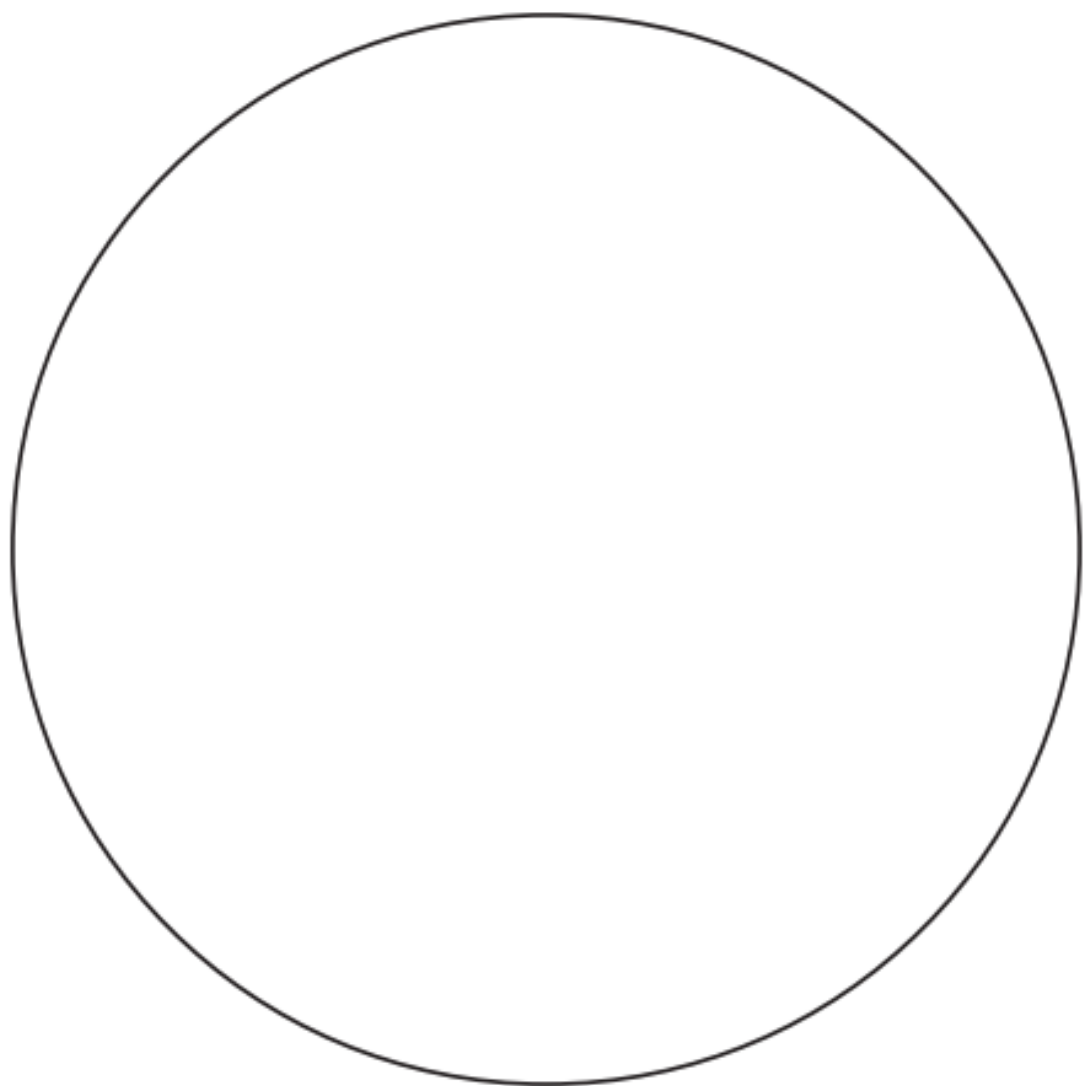
## Referências

- Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Doktorski A. The mini-cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-1027.
- Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(10):1451-1464.
- McCarten JR, Anderson P, Koskewski MA et al. Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):210-217.

Mini-Cog™ Copyright © Borson. Reprinted with permission of the author (scob@u.wisc.edu). All rights reserved.

# TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



---

ANEXO IV – Escala para avaliação da fragilidade física - Clinical Frailty Scale (CSF)

## Escala Clínica de Fragilidade\*



**1. Muito Ativo** - Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para a sua idade.



**2. Ativo** - Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.



**3. Regular** - Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.



**4. Vulnerável** - Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.



**5. Levemente Frágil** - Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.



**6. Moderadamente Frágil** - Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.



**7. Muito Frágil** - Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).



**8. Severamente Frágil** - Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapazes de se recuperarem de uma doença leve.



**9. Doente Terminal** - Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra evidência de fragilidade.

### Pontuando fragilidade em pessoas com demência

O grau de fragilidade corresponde ao grau de demência. Sintomas comuns na demência leve incluem esquecimento dos detalhes de um evento recente, apesar da recordação do evento em si, repetindo a mesma pergunta/história e afastamento de eventos sociais.

Na demência moderada, a memória recente está muito comprometida apesar de aparentemente lembrar bem de fatos do passado. Quando solicitadas, elas são capazes de fazer o cuidado pessoal.

Na demência severa, elas não conseguem realizar cuidados pessoais sem ajuda.

\* 1. Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 113:489-495.

©2009. Version 1.2\_EN; ©2018. Version 1.0\_Port. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

---

ANEXO V – Escala para avaliação da mobilidade - ICU Mobility Scale (IMS)

	<b>Classificação</b>	<b>Definição</b>
0	Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1	Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3	Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4	Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5	Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6	Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito / cadeira.
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

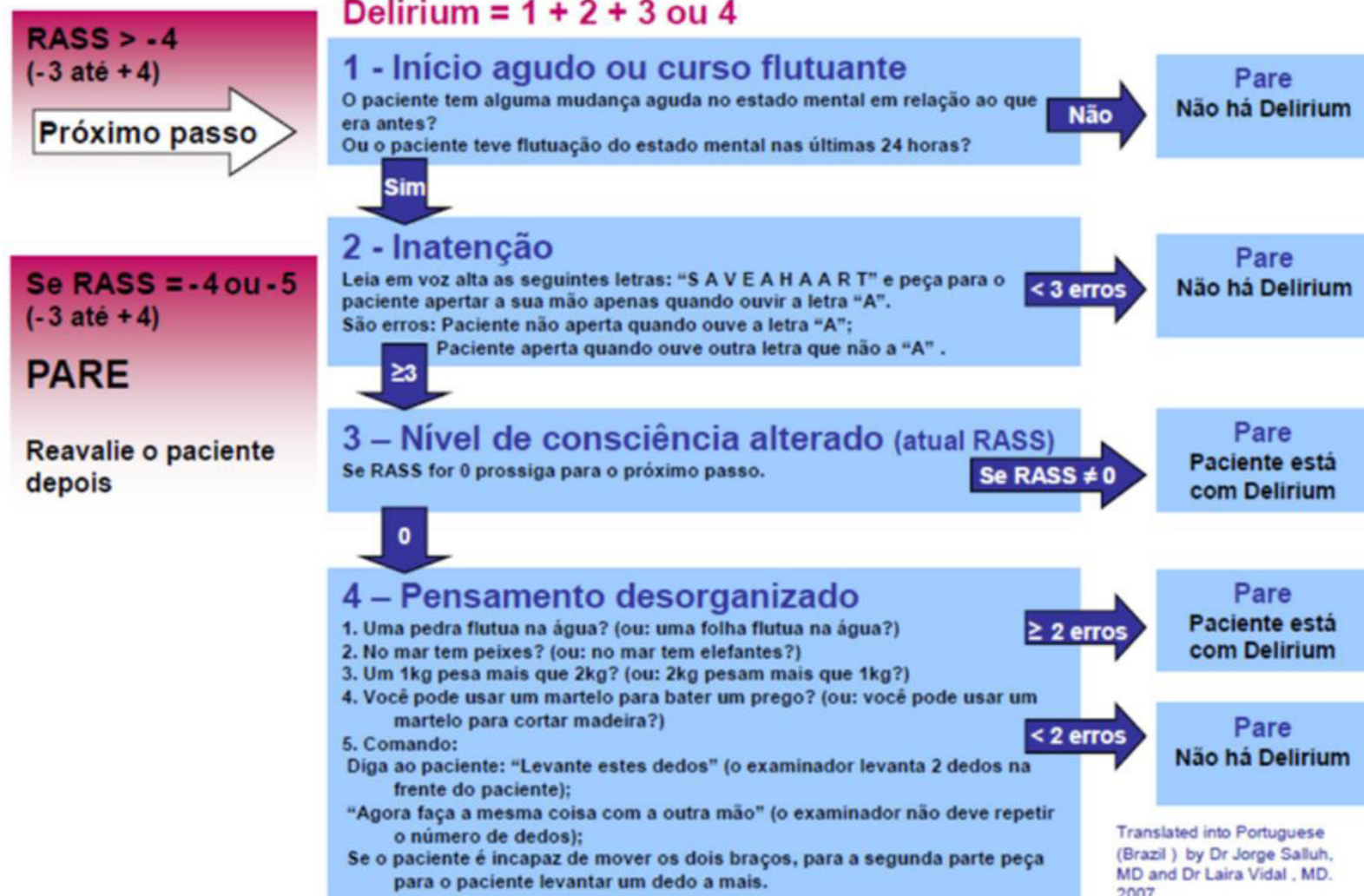
---

ANEXO VI – Teste para avaliação do delirium (CAM ICU)



# Método de avaliação da confusão mental na UTI

(Confusion Assessment Method in the ICU – CAM-ICU)



ANEXO VII - Escala para avaliação da Ansiedade (CAD 7)

---

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<p>Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas?</p>				
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com coisas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relaxar	0	1	2	3
5. Ser tão inquieto que é difícil ficar parado	0	1	2	3
6. Tornar-se facilmente irritado ou irritável	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3
<b>Pontuação total *</b> =	<b>Adicionar colunas</b>	_____ +	_____ +	_____
<p>Se você verificou algum problema, quão difícil esses problemas fizeram para você fazer o seu trabalho, cuidar de coisas em casa ou conviver com outras pessoas?</p>				
<b>Marque com um círculo</b>	<b>Não é difícil em tudo</b>	<b>Um pouco difícil</b>	<b>Muito difícil</b>	<b>Extremamente difícil</b>

\* Pontuação: 5 a 9 = ansiedade leve; 10 a 14 = ansiedade moderada; 15 a 21 = ansiedade grave. ¶ Este é um formulário que pode ser impresso e preenchido à mão, em vez de uma calculadora que pode ser preenchida on-line.

Desenvolvido pelos Drs. Robert L Spitzer, Janet BW Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa educacional da Pfizer, Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir. Publicação em: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. Uma breve medida para avaliar o transtorno de ansiedade generalizada: o GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166: 1092. Gráfico 77755 Versão 22.0

---

ANEXO VIII – Escala para avaliação da Depressão (PHQ-9)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?**

<b>Não dificultaram</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dificultaram um pouco</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dificultaram muito</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dificultaram extremamente</b> <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa de estudos da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

---

ANEXO IX – Escala para avaliação do Stress Pós-Traumático (PCL-C)



**Instruções:**

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar <i>"superalerta"</i> , <i>vigilante</i> ou <i>"em guarda"</i> ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

---

ANEXO X – Plano da Atividade Formativa



## Plano da Atividade Formativa

<b>Ação de formação:</b> Prevenção da Síndrome de Pós Internamento de Cuidados Intensivos (SPICI).					
<b>Local:</b> ██████████ <b>Serviço:</b> SMI <b>Formadores:</b> Enfº Mestrando Pedro Gomes <b>Público-Alvo:</b> Enfermeiros do SMI <b>Data:</b> 16MAI22 <b>Hora:</b> 14:00 <b>Duração:</b> 60m					
<b>Objetivo Geral:</b> ✓ Contribuir para a implementação da consulta de follow-up do doente crítico na UCI de um hospital da região norte de Portugal.					
<b>Objetivos Específicos:</b> ✓ Sensibilizar os enfermeiros, através de uma sessão de formação, para a necessidade da criação de uma consulta de follow-up do doente crítico na UCI; ✓ Propor uma matriz de consulta de follow-up do doente crítico. ✓ Aplicar o descrito na atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, emanado pelo Ministério da Saúde					
Fase	Conteúdos programáticos	Duração	Metodologia	Recursos técnicos e pedagógicos	Avaliação
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação do tema;</li> <li>✓ Comunicar a finalidade e objetivos para a sessão.</li> </ul>	5m	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Método expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computador</li> <li>✓ Projetor de vídeo</li> <li>✓ Questionário de Avaliação Final</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação Contínua</li> <li>✓ Aplicação do questionário de avaliação da atividade formativa</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enquadramento histórico da SPICI;</li> <li>✓ Definição de SPICI e SPICI-F</li> <li>✓ Diretrizes do Ministério da Saúde;</li> <li>✓ Distúrbios cognitivos, psicológicos e físicos;</li> <li>✓ Fatores de risco associados à SPICI;</li> <li>✓ Estratégias de prevenção da SPICI;</li> <li>✓ Proposta de matriz de consulta de follow-up do doente crítico.</li> </ul>	45m	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Método expositivo</li> <li>✓ Método reflexivo</li> <li>✓ Método interativo</li> </ul>		
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese e esclarecimento de dúvidas;</li> <li>✓ Avaliação da atividade formativa;</li> <li>✓ Apresentação da bibliografia;</li> <li>✓ Encerramento.</li> </ul>	10m			



utad

**Prevenção da Síndrome de Pós Internamento de Cuidados Intensivos (SPICI). Criação de uma consulta de Follow-up numa UCI.**

Mestrando: Pedro Gomes 42111  
Enfermeira de Referência: Enf.ª Carla Mendes


Orientação Académica: Professora Doutora Paula Encarnação


15 de Maio de 2022

utad

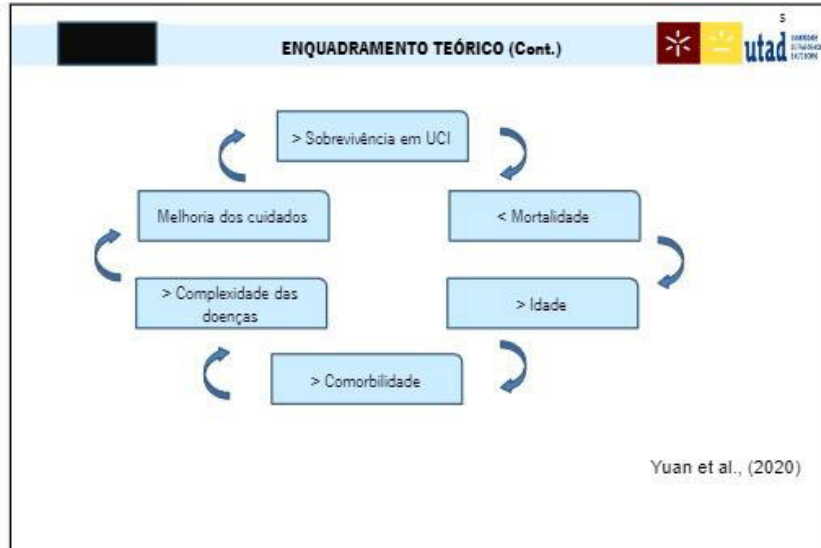
**SUMÁRIO**

- ✓ Análise SWOT;
- ✓ Enquadramento teórico da SPICI;
- ✓ Definição de SPICI;
- ✓ Distúrbios associados à SPICI;
- ✓ Fatores de risco relacionados com a SPICI;
- ✓ Estratégias de prevenção da SPICI;
- ✓ Diretrizes do Ministério da Saúde;
- ✓ Proposta de matriz da consulta de Follow-up do doente crítico;
- ✓ Discussão;
- ✓ Aplicação de questionário de avaliação da formação.

<b>OBJECTIVOS</b>	
	
<b>OBJECTIVO GERAL:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contribuir para a implementação da consulta de follow-up do doente crítico no SMI do HSO</li> </ul>	
<b>OBJECTIVO ESPECIFICOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilizar os enfermeiros, através de uma sessão de formação, para a necessidade da criação de uma consulta de follow-up do doente crítico no SMI;</li> <li>✓ Propor uma matriz de consulta de follow-up do doente crítico.</li> <li>✓ Aplicar o descrito na atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, emanado pelo Ministério da Saúde</li> </ul>	

<b>ANÁLISE SWOT</b>	
	
<b>FATORES INTERNOS</b>	<b>FATORES POSITIVOS</b> (Strengths – Forças)
	<b>FATORES NEGATIVOS</b> (Weaknesses – Fraquezas)
<b>FATORES EXTERNOS</b>	<b>(Oportunidades – Oportunidades)</b>
	<b>(Threats – Ameaças)</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital certificado pela ACGA;</li> <li>- Localização geográfica com facilidade de acesso a transportes públicos;</li> <li>- Espaço físico no 2º piso, com acesso por escadas e elevador</li> <li>- Atendimento 24 horas/dia;</li> <li>- Equipa multidisciplinar - composta por 6 enfermeiros especialistas (3 Reabilitação e 3 Médico-cirurgia) e ~2 pessoas em situação crítica);</li> <li>- Formação interna contínua;</li> <li>- Processos protocolados;</li> <li>- Capacidade de acolher 13 doentes;</li> <li>- Vínculo laboral efetivo dos enfermeiros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de acompanhamento do doente crítico após a alta de uma UCI ;</li> <li>- Ausência de uma matriz de fluxo do doente crítico após a alta de uma UCI</li> <li>- Consulta de follow-up privada desde há 3 anos nos objetivos do serviço e ainda não implementada ;</li> <li>- Equipamentos padronizados, mas com grande oferta;</li> <li>- Longevidade dos equipamentos das unidades;</li> <li>- Enfermeiros especialistas em número reduzido;</li> <li>- Especialistas em medicina intensiva em número insuficiente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço com solicitação de licenciada formativa e académica a OE;</li> <li>- Hospital com parceria com universidades para realização de projetos de investigação em parceria;</li> <li>- Consciencialização dos profissionais e direção clínica do Hospital acerca dos benefícios da consulta de follow-up do doente crítico/família;</li> <li>- Criação da matriz de consulta de follow-up do doente crítico;</li> <li>- Implementação da consulta de follow-up do doente crítico após Internamento &gt; a 5 dias numa UCI</li> <li>- Parametrização do sistema de software do Hospital;</li> <li>- Inclusão da consulta de follow-up do doente crítico no Sistema Nacional de Saúde;</li> <li>- Projeto de reabilitação e ampliação do UCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de vagas dependentes de outros serviços, para acolherem as transferências;</li> <li>- Número insuficiente de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirurgia – pessoa em situação crítica;</li> <li>- Recusa do pedido de abertura de consulta de follow-up do doente crítico, pela direção clínica do Hospital;</li> <li>- Contexto pandémico pode adiar a abertura de consulta de follow-up do doente crítico;</li> </ul>



**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

SPICI

- Descrito pela primeira vez por Dale M. Needham em 2012

Medical Director, Critical Care Physical Medicine & Rehabilitation Program  
Professor of Medicine

**EXPERTISE**  
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Delirium, Physical Medicine and Rehabilitation, Pulmonary and Critical Care Medicine



**Em Portugal....**

- Implementação em curso....
- Hospital de Matosinhos (pioneiro)

**FONTE:**  
<https://www.hopkinsmedicine.org/profiles/details/dale-needham>

Segundo Needham et al., (2012) têm aumentado as inquietações acerca do verdadeiro impacto das consequências a longo prazo dos internamentos de cuidados intensivos no doente, na família e na sociedade.

A SPICI define-se como um agravamento da **debilidade física, psicológica**, assim como o aparecimento de **distúrbios cognitivos**, que afetam a qualidade de vida dos doentes recuperados de internamentos prolongados em UCI's.

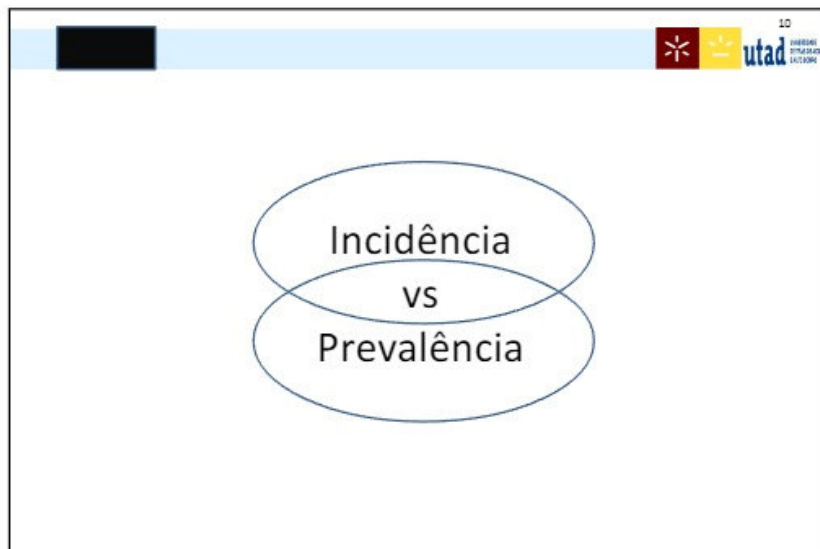
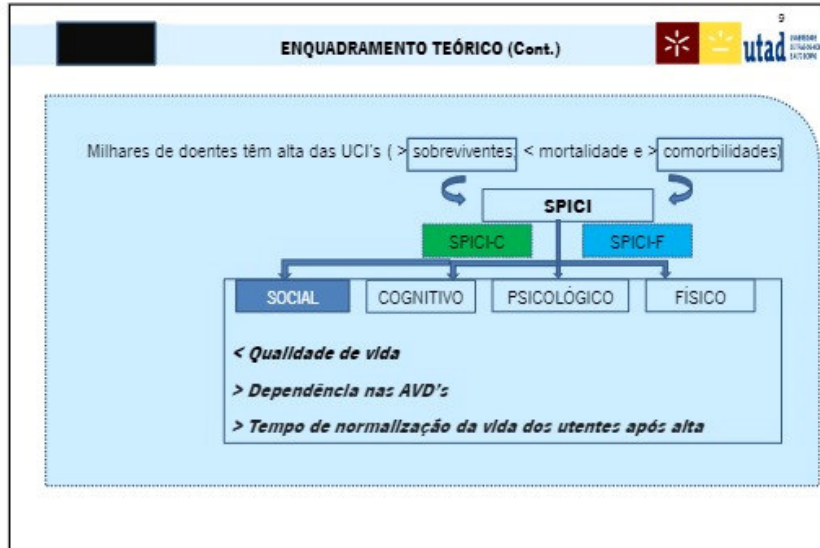
(Rousseau et al., 2021)

A SPICI é um termo usado para descrever **distúrbios multidimensionais novos ou agravados** no estado **físico, psicológico, cognitivo e social** decorrentes de uma doença crítica que pode persistir além da alta hospitalar, provocando muitas vezes **rupturas profundas no contexto familiar**.


(Yuan et al., 2020)

As sequelas da SPICI **podem surgir quando do internamento, após alta imediata, a médio ou longo prazo**.

(Lago, 2020),



11


 UNIVERSIDADE  
TUMINGA  
14200-000

**SPICI FÍSICO**

- ✓ As **alterações físicas** (debilidade física) são consideradas as **alterações mais frequentes** a constatar nos doentes das UCI's.
- ✓ Quanto mais longo for o internamento, nas UCI's, **maior será a probabilidade de o doente/utente apresentar alterações da musculatura esquelética e da musculatura da orofaringe**, em detrimento da musculatura lisa.
- ✓ As **alterações da musculatura da orofaringe**, parecem estar associadas ao problema da **díspnea**, particularmente pela **utilização de ventilação mecânica invasiva ou traqueostomia**.

(Lane-Fall et al., 2018)

12

 UNIVERSIDADE  
TUMINGA  
14200-000

**SPICI FÍSICO (Cont.)**

**Alterações físicas mais frequentes**

- ✓ Fraqueza muscular (40%);
- ✓ Sarcopenia;
- ✓ Dificuldade para caminhar;
- ✓ Baixa tolerância para o exercício físico;
- ✓ Dificuldade respiratória (< capacidade ventilatória);
- ✓ Perda de peso (2,4Kg);
- ✓ Cansaço fácil;
- ✓ Dor;
- ✓ Problemas de deglutição.



Os doentes internados nas UCI's são sujeitos a **índices elevados de stress físico e psicológico, o que contribui para um agravamento das alterações cognitivas** durante meses ou anos após o internamento.

(Inoue et al., 2019)


*"Existem fortes evidências de que os doentes com delirium nas UCI's têm risco acrescido de apresentar disfunção cognitiva durante um longo período de tempo."*  
(Inoue et al., 2019, p. 235).

As **flutuações da glicose sérica** (hiperglicemia e hipoglicemia) e a **existência do delirium e stress** aquando do internamento na UCI podem também ser fatores de risco para o agravamento das alterações cognitivas.

(Inoue et al., 2019).

A **demência** é também uma doença de grande relevância no que concerne às alterações cognitivas, quer pela sua componente **pré-existente**, quer pelo **tratamento e agravamento da doença durante o internamento**.

15

 utad

**SPICI COGNITIVO (Cont.)**

- ✓ Aquando da alta, **70% a 100%** dos doentes internados nas UCI's apresentam alterações cognitivas;
- ✓ **1 ano** após alta, as alterações cognitivas entre os 46% e os 80%;
- ✓ **5 anos** após alta, cerca de 20% dos utentes apresentam alterações cognitivas significativas;
- ✓ **3 meses** após alta hospitalar, 40% dos utentes evidenciam rendimento cognitivo semelhante a um utente que sofreu um TCE moderado e 26% dos utentes evidenciam rendimento similar uma pessoa com diagnóstico de Alzheimer leve.

(Lane-Fall, 2018)

Existe uma **boa resposta de reabilitação cognitiva** quando os doentes são submetidos a programas de reabilitação específicos.

(Lago, 2020)

16

 utad

**SPICI COGNITIVO (Cont.)**

**Alterações cognitivas mais frequentes**

- ✓ Alterações da memória;
- ✓ Dificuldade na orientação;
- ✓ Problemas de atenção;
- ✓ Processamento da informação lentificado;
- ✓ Delirium;
- ✓ Discurso lentificado e pobre;
- ✓ Estados confusionais;
- ✓ Presença de alucinações;
- ✓ Dificuldade em realizar tarefas diárias;
- ✓ Alterações de funções executivas.

No que concerne às alterações emocionais, um estudo realizado por Orvelius et al., (2016) constata que 6 meses após o internamento, cerca de 78% dos doentes com alta das UCI's têm recordações do seu internamento.

Essas recordações podem surgir sob forma de **pesadelos noturnos, memórias impactantes indesejadas** alterando significativamente a qualidade do sono e diminuindo a qualidade de vida dos doentes após alta das UCI's.

(Lago, 2020).

Os doentes internados nas UCI's experienciaram ruturas abruptas com o seu quotidiano, surgindo sentimentos de grande intensidade para o qual não estavam preparados, **originando sentimentos de medo, ansiedade, sensação de terror e agitação psicomotora, provocados possivelmente pela própria sedação e ventilação mecânica.**


(Lago, 2020)

Muitos doentes desistem dos estudos por acharem muito traumatizante recordar as experiências vivenciadas nos cuidados intensivos.

(Yuan et al., 2020)

19

**SPICI PSICOLÓGICO**



**Alterações psicológicas mais frequentes**

- ✓ Depressão (30%),
- ✓ Ansiedade (70%)
- ✓ Stress pós-traumático (70%)

**Indissociáveis**

(Inoue et al., 2019)

- ✓ Transtorno do sono também é uma importante alteração emocional;
- ✓ Medo.

(Lago, 2020)

20

**SPICI SOCIAL**



Relacionada com problemas de **relacionamento Interpessoal, Identidade e perspetivas pessoais e profissionais alteradas.**

(Yuan et al., 2020)

Diminuição dos relacionamentos interpessoais e **isolamento social** são comuns;

Alterações **físicas condicionam as componentes psicossociais**;


Diminuição da **autoconfiança** (pessoas passivas);

**Sensação de Identidade alterada**, com um incremento da **timidez social**.

(Yuan et al., 2020)

21

**FATORES DE RISCO**




**Fatores de risco que predispõem o surgimento destas alterações**

- ✓ Jovem;
- ✓ Mulher;
- ✓ Desemprego;
- ✓ Etilismo;
- ✓ Uso de opioides durante o internamento;
- ✓ Baixa escolaridade;
- ✓ Pré-existência de problemas de saúde (ARDS, DM, Depressão, Ansiedade, stress...)
- ✓ Exposição prévia a situações traumáticas;
- ✓ Experiência prolongada de delirium;
- ✓ Vivências de desilusão ou alucinações durante a doença crítica.

(Lago, 2020).

22

**SPICI F**




O processo de internamento numa UCI implica um **grande impacto psicológico** não unicamente para o doente, mas também **para a família** envolvente, podendo existir **manifestação de ansiedade, depressão, stress pós-traumático, luto e sentimentos de pesar.**

(Inoue et al., 2019)

23

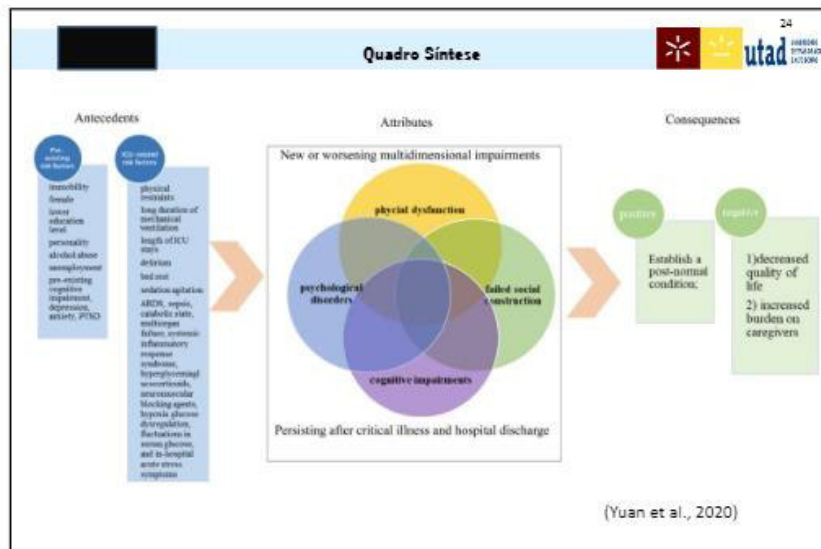
**SPICI F (Cont.)**



Os **problemas com o sono** e **transtornos de alimentação** são alterações relevantes para a família.


A família sofre bastante com a possibilidade de o doente ter **alta com comorbilidades** associadas, acrescentando o facto dos **prestadores de cuidados Informais não terem experiência** necessária para cuidar de doentes pós-críticos (aquando da alta), o que pode **gerar tensões e conflitos entre os familiares**.

(Lago, 2020)



25

**PREVENÇÃO DA SPICI**




- ✓ A estratégia para prevenir a SPICI está muito centralizada na **melhoria da comunicação entre profissionais de saúde, doente e família;**
- ✓ Implementação de **consultas de follow-up** específicas para doentes assume uma grande relevância;
- ✓ O **apoio emocional** com equipas especializadas é também um aspeto fundamental;
- ✓ Programas específicos de **reabilitação física e não física;**
- ✓ O **apoio social**, nomeadamente no que se refere ao encaminhamento do doente para as unidades de retaguarda e na preparação da família para receber o doente com comorbilidades em casa.

(Inoue et al., 2019).

26


**PREVENÇÃO DA SPICI**






- ✓ Implementar o **diário do utente** com prevenção da depressão, ansiedade e stress-pós traumático;
- ✓ Identificação precoce dos **Fatores de Risco** da SPICI;
- ✓ Avaliar impacto dos **fatores de risco** no doente.
- ✓ **Cuidados de enfermagem personalizados;**
- ✓ Adequar estratégias de **cooping** a cada utente;

27

**PREVENÇÃO DA SPICI**




- ✓ Avaliação da dor (escala numérica ou qualitativa);
- ✓ Monitorização da dor;
- ✓ Prevenção da dor;
- ✓ Monitorização do PSI + EEG no doente cirúrgico;

- ✓ Diminuição de Delirium pós-operatório;
- ✓ Minimizar o impacto de défices cognitivos pré-existentes e otimizar a recuperação cognitiva e a experiência;

The Brain Health Initiative da ASA

**Interpretation of ANI**




→ Possibility to decrease capacity of pre-emptive analgesia without opioids

→ Optimal range, adequate analgesia

→ Probability of a haemodynamic reaction in the next 30 min requires analgesia to meet patient's needs

28

**PREVENÇÃO DA SPICI**



- ✓ Avaliação do delirium:

**Método de avaliação da confusão mental na UTI**  
(Confusion Assessment Method in the ICU - CAM-ICU)

Delirium = 1 + 2 + 3 ou 4

<b>1 - Alteração da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>1 - Alteração aguda da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>1 - Alteração da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>1 - Alteração da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>1 - Alteração da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>1 - Alteração da atenção</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.
<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>2 - Alteração da consciência</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.
<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>3 - Alteração da organização</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.
<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.	<b>4 - Alteração da orientação</b> Paciente não responde adequadamente a perguntas simples.

A presença de delirium em contexto do doente crítico, desencadeia potencialmente, **aumento o tempo de internamento, a mortalidade hospitalar e pós-alta, declínio cognitivo e funcional, custos globais de saúde e sobretudo o stress para a própria pessoa, para a família e para os profissionais.**

A monitorização do delirium, através de escalas adequadas e validadas, é essencial para a deteção precoce.

- ✓ Mobilização precoce;
- ✓ Monitorização da glicémia;
- ✓ **Visita do utente ao SMI;**



29

utad

**O que fazer?!!!**

30

utad

**DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Ministério da Saúde identifica a necessidade de implementar a consulta de follow-up do doente crítico por forma a **diminuir a incidência e prevalência da SPICI**, assim como diminuição das comorbilidades associadas ao internamento em cuidados intensivos. (Nuñez et al., 2020)


Reduzir "(...) tempo de internamento em Cuidados Intensivos e Síndrome Pós Cuidados Intensivos, assim como **permite um retorno mais rápido à vida ativa e menores sequelas.**" (Nuñez et al., 2020, p. 6)

Atualização da Rede Nacional de  
Especialidade Hospitalar e de Referência

2020

**MEDICINA INTENSIVA**

"Implementação de consultas de seguimento pós internamento em Medicina Intensiva, incluindo **medidas de prevenção e reabilitação geradoras de ganhos funcionais** a doentes com internamento em Medicina Intensiva." (Nuñez et al., 2020, p. 7)


31  
 000000  
 07/04/2021  
 14:33:06

**ENQUADRAMENTO LEGAL OE**

Legislação específica para consulta de Follow-up do Doente Crítico?!

- Solicitado parecer jurídico à OE
- Serviços de referência no norte do país

**Lei de bases da saúde, como todas as consultas (Lei nº95/2019)**



**CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM  
N.º 14/2020**

**OPINIÃO DO CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM**

**1. OBJETIVO**

**2. FUNDAMENTAÇÃO**

**3. CONCLUSÃO**

**4. RECOMENDAÇÕES**


**5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**6. ANEXO**

**7. ASSINATURAS**

**8. DATA**

28 de outubro de 2022

32  
 000000  
 07/04/2021  
 14:33:06

**RECOMENDAÇÕES DA OE**

- ✓ *“Consulta de Enfermagem Especializada é a consulta realizada por enfermeiro especialista.”*
- ✓ *“(…) a instituição deve garantir a existência de recursos humanos e materiais adequados às necessidades em cuidados de enfermagem e, ainda, a existência de espaço próprio.”*
- ✓ *“(…) parametrização dos sistemas de informação (…) necessária à produção de indicadores em saúde e, em particular, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.”*
- ✓ *“(…) referenciais legais e ético-deontológicos da enfermagem portuguesa, deve socorrer-se da melhor evidência científica, pautando-se pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, obedecendo aos princípios da confiança, da beneficência e da não maleficência que norteiam a sua intervenção.”*

(Parecer do conselho de enfermagem N.º53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem, 2021)

33

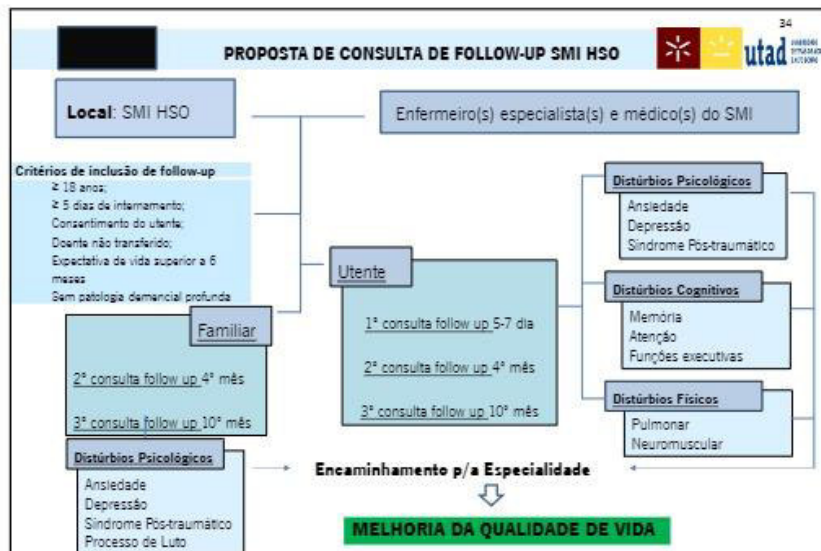
**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

*"(...) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"* (al. a) do nº1 do Artº 97 REPE, 2015, p. 74)


**Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

- ✓ Gerir a **comunicação interpessoal** que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde – *Ensinos ao doente e família*;
- ✓ Gerir o estabelecimento da **relação terapêutica** perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;
- ✓ **Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica** de saúde/doença;

Anexo II do Regulamento n.º 420/2016 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (2016, pp. 10262-10264)




28/10/2022 | 35



**FOLLOW UP DE CÉLULA PSÍQUIA INTERMEDIÁRIO**

<p><b>INFORMAÇÕES</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Medicação: _____</p> <p>Outros: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Equipa de FOLLOW-UP</b></p> <p>5/7º Dia após alta do SM? DATA: ____/____/____</p> <p><b>1ª CONSULTA (Internamento)</b></p> <p><b>SPICI FÍSICO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>ANS CSF</p> <p><b>SPICI PSICOLÓGICO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>ANSIEDADE - GAD 7 DEPRESSÃO - PHQ9</p> <p><b>SPICI COGNITIVO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>MIRL CCG</p> <p><b>Pedido de Apoio de:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / REABILITAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> NEUROLOGIA / MEMÓRIA</p> <p><input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA</p> <p><input type="checkbox"/> SONO</p> <p><input type="checkbox"/> RIMCO</p> <p><input type="checkbox"/> OUTROS</p> <p>4 Meses após alta do HSD? DATA: ____/____/____</p> <p><b>2ª CONSULTA</b></p> <p><b>SPICI FÍSICO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>ANS CSF</p> <p><b>SPICI PSICOLÓGICO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>ANSIEDADE - GAD 7 DEPRESSÃO - PHQ9 RISCO DE PISD - PCL-C</p> <p><b>SPICI COGNITIVO</b> (SI) / (SI) / (SI)</p> <p>MIRL CCG</p> <p><b>Pedido de Apoio de:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / REABILITAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> NEUROLOGIA / MEMÓRIA</p> <p><input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA</p> <p><input type="checkbox"/> SONO</p> <p><input type="checkbox"/> RIMCO</p> <p><input type="checkbox"/> OUTROS</p>
--	--

36





**ANÁLISE CUIDADA DAS ESCALAS!!!**

Realidade pré-internamento VS Realidade pós-internamento

**AValiação Cognitiva MINI-COG**

### MINI-COG

Instruções

Instruções	Resposta
1. Desenhe um círculo. Agora desenhe o relógio. Desenhe o ponteiro das horas. Desenhe o ponteiro dos minutos. Desenhe o ponteiro dos segundos.	<p>4. Desenhe um círculo. 5. Desenhe o relógio. 6. Desenhe o ponteiro das horas. 7. Desenhe o ponteiro dos minutos. 8. Desenhe o ponteiro dos segundos.</p>
2. Faça um círculo dividido em 12 partes de um relógio. Desenhe o ponteiro das horas. Desenhe o ponteiro dos minutos. Desenhe o ponteiro dos segundos.	<p>9. Desenhe um círculo dividido em 12 partes. 10. Desenhe o ponteiro das horas. 11. Desenhe o ponteiro dos minutos. 12. Desenhe o ponteiro dos segundos.</p>
3. Faça um círculo com o nome de cada mês. Desenhe o ponteiro das horas. Desenhe o ponteiro dos minutos. Desenhe o ponteiro dos segundos.	<p>13. Desenhe um círculo com o nome de cada mês. 14. Desenhe o ponteiro das horas. 15. Desenhe o ponteiro dos minutos. 16. Desenhe o ponteiro dos segundos.</p>

Pontuação

4 pontos máximos: 4 pontos por círculo e 3 pontos por ponteiro.  
3 pontos máximos: 3 pontos por círculo e 2 pontos por ponteiro.  
2 pontos máximos: 2 pontos por círculo e 1 ponto por ponteiro.  
1 ponto máximo: 1 ponto por círculo.

Interpretação

4 pontos máximos: Nenhum problema cognitivo.  
3 pontos máximos: Problema cognitivo leve.  
2 pontos máximos: Problema cognitivo moderado.  
1 ponto máximo: Problema cognitivo grave.

### TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**AValiação Psicológica - Ansiedade (GAD-7)**

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais do que metade dos dias	Quase todos os dias
<b>Has chosen five symptoms, ones that frequently occur or have bothered you the most during the past 7 days?</b>				
1. Sentir-se nervosa, ansiosa ou tenso	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupar-se em excesso com coisas diferentes	0	1	2	3
4. Preocupar-se excessivamente	0	1	2	3
5. Ser tão ansioso que é difícil fazer coisas	0	1	2	3
6. Ter-se facilmente irritado ou frustrado	0	1	2	3
7. Sentir medo mesmo se algo não está realmente acontecendo	0	1	2	3
<b>Pontuação total =</b>	<b>Adicionar colunas</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>

Se você verificou algum problema, qual é o seu problema favorito para você lidar ou se controlar, qual é o mais difícil de controlar ou lidar com?

Marque com um círculo	Não é difícil em tudo	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
7				
11				
19				

7 Ansiedade Leve

11 Ansiedade Moderada

19 Ansiedade Grave

\* Pontuação: 0 = ansiedade leve, 1 = ansiedade moderada, 2 = ansiedade grave. Este é um formulário de pontuação simplificado a ser usado apenas em ambientes de pesquisa.

Desenvolvido por Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Gibbon, Kurt Jacobson e colegas, com uma validação nacional de DSM-IV. Este é um formulário simplificado para pesquisa, ensino, e não para diagnóstico. Publicação: Spitzer RL, Gibbon M, Jacobson FT, et al. User's guide for the anxiety disorder severity scale. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:572-579.

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - Depressão (PHQ-9)**

39  
utad  
188506  
17542001  
147396

**QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)**

Responda em **quatro níveis**, em função da frequência com a qual cada sintoma lhe ocorre (último mês) e sua intensidade.

	Nunca	Alguma vez	Algumas vezes	Quase sempre
1. Tem pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Sentiu-se cansado, abatido ou fadado ao despertar	0	1	2	3
3. Tem dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormir pouco	0	1	2	3
4. Sentiu cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tem falta de interesse de espírito	0	1	2	3
6. Sentiu que não queria ser interrompido — ou que não queria interromper — em qualquer atividade que esteja fazendo	0	1	2	3
7. Tem dificuldade em concentrar-se nas coisas, como ao ler ou trabalhar	0	1	2	3
8. Observou alguma mudança no peso (perda ou ganho) — ou que não queria mudar de peso — em um período de dois meses anteriores	0	1	2	3
9. Pensou que seria melhor estar morto, ou se machucasse a si mesmo de alguma forma	0	1	2	3

Para obter o total: 0 + 1 + 2 + 3 = 17

Se estiver **sem problemas**, em que ponto se sente **atrasado** e não trabalha, ou estudar de casa ou a não ser **com problemas**?

Não afetado	Dificuldade um pouco	Dificuldade muito	Dificuldade extremamente
0	1	2	3

Desenvolvido por Spitzer, Taylor, Gibbon e Yeh. Revisão atualizada e adaptada com o consentimento da PHQ-9. Não é permitido a reprodução sem a permissão. Todos os direitos reservados.

17

**Interpretação:**

- 0-4 – sem depressão;
- 5-9 – transtorno depressivo leve;
- 10-14 – transtorno depressivo moderado;
- 15-19 – transtorno depressivo moderadamente grave
- 20 a 27 – transtorno depressivo grave....

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - Stress Pós traumático (PCL-C)**

40  
utad  
188506  
17542001  
147396

**ÁREA 1: PCL-C**

**Introdução**

Atenção: Na prova lista de problemas e de sintomas que se encontram no mesmo ordenamento como esta lista é a ordem de sua ocorrência.

Por favor, indique o quanto você se recorda de cada problema durante a última volta. Por favor, marque 1 para "nem", 2 para "um pouco", 3 para "muito", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Não	Alguma vez	Muito	Bastante	Muito
1. Pensou, imaginou e/ou tem ideias de suicídio (incluindo a ideia de se machucar)	0	1	2	3	4
2. Sentiu-se culpado por alguma coisa que aconteceu (incluindo a ideia de se machucar)	0	1	2	3	4
3. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
4. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
5. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
6. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
7. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
8. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
9. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
10. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
11. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
12. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
13. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
14. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
15. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
16. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
17. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
18. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
19. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
20. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
21. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
22. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
23. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
24. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
25. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
26. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
27. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
28. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
29. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
30. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
31. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
32. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
33. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
34. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
35. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
36. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
37. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
38. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
39. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4
40. Sentiu-se culpado por não ter feito mais nada para evitar ou salvar a si mesmo ou outros	0	1	2	3	4

Para obter o total: 0 + 1 + 2 + 3 + 4 = 50

**Interpretação:**

- 17-29 – Nenhuma ou pouca gravidade ;
- 28-29 – Poucos sintomas;
- 30-44 – Severidade moderada a moderadamente alta;
- 45-85 – Severidade alta

41

**AVALIAÇÃO FÍSICA - ICU Mobility Scale (IMS)**

Classificação	Definição
0	Nada (feito no leito)
1	Sentado no leito, exercícios no leito Relatoado passivamente ou orientado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente. Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, puxar, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativos assistidos, sem sair do leito ou sentado à beira do leito.
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo) Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passarela, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito.
3	Sentado à beira do leito Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco.
4	Ortostatismo Sustentação de peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho na prancha ortostática.
5	Transferência do leito para cadeira Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação).
6	Marcha estacionária (à beira do leito) Ser capaz de realizar marcha estacionária egrediindo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio.
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas.
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa.
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivo de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito / cadeira.
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivo de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

42

**AVALIAÇÃO FÍSICA - Clinical Frailty Scale (CSF)**

### Escala Clínica de Fragilidade\*

**1. Muito Ativo** - Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para a sua idade.

**2. Ativo** - Pessoas que não apresentam nenhuma sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou são muito ativas constantemente, apesar de alguma idade avançada.

**3. Regular** - Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além do caminhar de rotina.

**4. Vulnerável** - Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queda comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.

**5. Levemente Frágil** - Estas pessoas frequentemente apresentam sintomas evidentes e precisam de ajuda para atividades rotineiras de vida diária (AVD), assim como doenças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as atividades e passagens desacompanhadas, preparo de refeições e tarefas domésticas.

**6. Moderadamente Frágil** - Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades rotineiras e na manutenção da casa. Frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda (rotina) após períodos para se vestir.

**7. Muito Frágil** - Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa física ou cognitiva. No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).

**8. Severamente Frágil** - Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapazes de se recuperar de uma doença leve.

**9. Doença Terminal** - Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra condição de fragilidade.

**Portando fragilidade em pessoas com demência**

O grau de fragilidade corresponde ao grau de demência. Sintomas comuns na demência leve incluem esquecimento dos detalhes de um evento recente, apesar da recordação do evento em si, repetindo a mesma pergunta/história e afastamento de eventos sociais.

Na demência moderada, a memória recente está muito comprometida apesar de aparentemente lembrar bem os fatos do passado. Quando solicitadas, elas são capazes de fazer o cuidado pessoal.

Na demência severa, elas não conseguem realizar cuidados pessoais sem ajuda.

\*1. Canadian Study on Health Aging, Revisited 2008.  
Z. K. Rodwin et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *JGIM* 2005; 20:489-498.

©2008, Versão 1.2\_09, 62219, Versão 1.8\_Pain. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permissão granted through research and educational purposes only.

43

utad

Discussão?!!!!

44

RECOMENDAÇÕES DA OE

utad

Questionário



## BIBLIOGRAFIA

- Inoue, S., Hatakeyama, J., Iwano, Y., Hifumi, T., Sekuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Utsuki, T., Kawai, Y., Komatsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, C. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(5), 239-246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Lege, M. L. (2020). *A síndrome pós-UTI do COVID-19*. <https://www.hospitais.com.br/noticias/or/75-a-sindrome-pos-uti-do-covid19>
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. D., Weinert, C., Wu, H., Sawicki, C., Soma-Dougherty, A., Sonney, S. C., Sivvanu, D. J., Stry, S. L., Brookly, M. S., Denchy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2011). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182122e75>
- Núñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Sente, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Em Ministério da Saúde.
- Oryvillus, L., Tainá-Ribeiro, A., Lobo, C., Costa-Perceira, A., & Orjenia, C. (2016). The role of memories on health-related quality of life after intensive care unit care: an unforgettable controversy? *Patient-Related Outcome Measures*, 6(5). <https://doi.org/10.2147/prom.s29595>
- Processo de consulta de enfermagem N.º5/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem, 1 (2021). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21836/processo-n-5\\_2021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21836/processo-n-5_2021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Prevedello, D., Riera, M., Orléon, J., & Frolan, J. C. (2020). Intensive care unit follow-up: A scoping review protocol. *BMC Open*, 10(11), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-08772-8>
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médica - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Posse em Situação Crítica, nº 135 Diário da República, 2.ª série 12859 (2018). <https://dre.pt/application/content/11892617>
- Roussau, A. F., Minguet, P., Colson, C., Rollon, I., Chehabo, S., Delanaye, P., Cavalier, E., Chast, J. G., Lambornet, S., & Misot, S. (2021). Post-intensive care syndrome after a critical COVID-19 cohort study from a Belgian follow-up clinic. *Annals of Intensive Care*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12813-021-00910-9>
- Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. R. (2021). Post-intensive care syndrome: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 105814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.105814>



## Questionário do Formando

Centro de Formação – Acreditado por Despacho n.º 622 de 01/07/95

Uma vez que terminou esta ação de formação, importa refletir sobre a aprendizagem e a dinâmica estabelecida. A sua opinião sobre a ação reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência deste Centro de Formação em futuras ações. Assim, solicitamos o preenchimento deste questionário, que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. Apresentamos o nosso mais sincero agradecimento pela sua colaboração.

DATA	AÇÃO DE FORMAÇÃO
18/2022	Prevenção da Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)

GRUPO PROFISSIONAL						
<input type="checkbox"/> Dirigente Superior	<input type="checkbox"/> Dirigente Intermédio	<input type="checkbox"/> Técnico Superior	<input type="checkbox"/> Assistente Técnico	<input type="checkbox"/> Assistente Operacional	<input type="checkbox"/> Técnico Superior de Saúde	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Informático	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	<input type="checkbox"/> Outro: _____		

ESCALA DE SATISFAÇÃO					
Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório	Extremamente Satisfatório
0	1	2	3	4	5

1. OBJETIVOS						
1.1. Classifique a clareza na definição dos objetivos desta ação de formação	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.2. Avalie o grau de realização dos objetivos propostos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. UTILIDADE						
2.1. Classifique a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.2. Avalie o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional ..	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. REALIZAÇÃO DA AÇÃO						
3.1. Classifique esta ação de formação quanto à duração (tempo total do curso) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.2. Avalie o nível de componente prática desta ação de formação .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS						
4.1. Nível de conhecimentos no início da ação .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.2. Nível de conhecimentos no final da ação .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### 5. FORMADORES

FORMADOR 1 – NOME: Pedro Miguel Santos Gomes

5.1.1. Dominou os temas tratados .....

5.1.2. Motivou a participação do grupo .....

5.1.3. Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos ...

FORMADOR 2 – NOME: \_\_\_\_\_

5.2.1. Dominou os temas tratados .....

5.2.2. Motivou a participação do grupo .....

5.2.3. Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos ...

FORMADOR 3 – NOME: \_\_\_\_\_

5.3.1. Dominou os temas tratados .....

5.3.2. Motivou a participação do grupo .....

5.3.3. Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos ...

FORMADOR 4 – NOME: \_\_\_\_\_

5.4.1. Dominou os temas tratados .....

5.4.2. Motivou a participação do grupo .....

5.4.3. Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos...

#### SUGESTÕES / COMENTÁRIOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---