



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**A PREVENÇÃO DO DELIRIUM NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA,
DA REALIDADE À INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

Ana Isabel Meneses Costa



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Isabel Meneses Costa

**A PREVENÇÃO DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA,
DA REALIDADE À INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**
Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sobre a orientação da

Professora Doutora Maria Albertina Álvaro Marques

AGRADECIMENTOS

À professora Albertina Marques, por todos os momentos de partilha, de conhecimento e por toda a dedicação demonstrada na orientação pedagógica durante o estágio e no construto deste relatório de estágio.

À Enfermeira Carina Vieira pelo seu profissionalismo, rigor, amabilidade e disponibilidade com que me orientou ao longo do estágio.

Às minhas amigas Diana, Carina, Marta e Rita, pelo apoio incansável e por todo o incentivo.

Aos meus pais e aos meus sogros, pelo apoio e incentivo na concretização de mais este desafio.

Aos meus filhos, João Tomás e Joana, o meu pedido de desculpas pelas ausências e o meu obrigado pelo beijo, pela paciência, pelos sorrisos e os abraços apertados.

A ti Filipe, pelo apoio incondicional nesta caminhada,

A todos, o meu muito obrigada!

PENSAMENTO

Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.

Antoine de Saint Exupéry

RESUMO

O presente relatório de estágio, incorporado no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, diz respeito à componente prática, académica e profissional que permitiu a consolidação de um olhar distinto sobre o cuidar à pessoa em situação crítica com *Delirium*, numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Este relatório reflete o desenvolvimento de competências conducentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, utilizando uma metodologia descritiva e reflexiva, alicerçadas de uma componente teórica, que espelha todos os conhecimentos desenvolvidos ao longo deste percurso.

O *Delirium* é definido como uma perturbação da consciência e cognição, caracterizado pela redução da orientação e da atenção. A Pessoa em situação Crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos desenvolve frequentemente *Delirium*, sendo este um grande preditor de morbilidade e mortalidade. Por conseguinte, preconiza-se a implementação de protocolos e intervenções que promovam a prevenção do *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Com base nesta problemática iminente em UCI, realizou-se uma *scoping review*, tendo como questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem a implementar na prevenção do *Delirium* na pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos?”. Esta pesquisa realizou-se nas plataformas *Pubmed*, *Web of Science* e *EBSCOhost*, sendo incluídos sete estudos que responderam ao objetivo da questão de investigação, com base nos critérios de elegibilidade definidos. As intervenções de prevenção do *Delirium* identificadas remetem para a promoção de um ambiente tranquilo e calmo, mobilização precoce, higiene do sono, orientação e estimulação cognitiva e sensorial, protocolos, intervenção terapêutica profilática e envolvimento da família. Dada a importância da prevenção do *Delirium*, é fulcral o papel do enfermeiro especialista na adoção e implementação de intervenções preventivas, valorizando sempre as necessidades específicas da pessoa, contribuindo assim para aumentar a qualidade de cuidados prestados neste âmbito e proporcionar ganhos em saúde.

Face ao desenvolvimento de competências especializadas, o Estágio possibilitou a compreensão mais aprofundada do processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e família. Destacam-se as competências adquiridas na conceção de cuidados à Pessoa em

Situação Crítica, com ênfase na gestão da dor, na prevenção, intervenção e controle das infecções associadas aos cuidados de saúde. Além disso, foi possível desenvolver competências na gestão de cuidados, na melhoria contínua da qualidade e na formação em contexto de trabalho, assegurando uma intervenção integrada nos âmbitos técnico-científico, ético e humano.

Palavras-Chave: Delirium, Intervenções de Enfermagem, Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, Prevenção, Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The present internship report, part of the curriculum of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, regards the practical, academic, and professional components that have fostered a distinct perspective on caring for critically ill patients with Delirium in an Intensive Care Unit (ICU).

This report highlights the development of competencies leading to specialization in Medical-Surgical Nursing, using a descriptive and reflective methodology supported by a theoretical component that incorporates the knowledge acquired throughout this journey.

Delirium is defined as a disturbance of consciousness and cognition, characterized by reduced orientation and attention.

Critically ill patients admitted to an ICU frequently develop Delirium, which is a significant predictor of morbidity and mortality.

Therefore, the implementation of protocols and interventions to prevent Delirium in critically ill patients in ICUs is strongly advocated.

Given this pressing issue in ICUs, a scoping review was conducted to address the research question: "What are the nursing interventions for the prevention of Delirium in ICU?"

The research was carried out on the platforms PubMed, Web of Science, and EBSCOhost, including seven studies that met the eligibility criteria and addressed the research objective.

The identified interventions for preventing Delirium involve promoting a calm and tranquil environment, early mobilization, sleep hygiene, orientation, cognitive and sensory stimulation, protocols, prophylactic therapeutic intervention, and family involvement.

Considering the importance of Delirium prevention, the role of the specialist nurse is crucial in adopting and implementing preventive interventions tailored to the specific needs of each patient. This approach not only enhances the quality of care in this context but also contributes to improved health outcomes.

In light of the development of specialized competencies, the internship enabled a deeper understanding of the care process for the Person in Critical Condition and their family. Notable competencies acquired include the design of care for the Person in Critical

Condition, with emphasis on pain management and the prevention, intervention, and control of healthcare-associated infections. Additionally, it was possible to develop skills in care management, continuous quality improvement, and workplace training, ensuring an integrated approach in the technical-scientific, ethical, and human domains.

KeyWords: Delirium, Nurse's Interventions, Medical-surgical specialist nurse Prevention, Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition*

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAM - ICU – Escala *Confusion Assessment method for Intensive care Unit*

CHD – Clorohexidina

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ECDC – *European Center for Disease Prevention and Control*

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMI – Equipa Emergência Médica Interna

EMC – Enfermeiro Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

Et al – e colaboradores

EtCo2 – Capnografia

FA – Fibrilação auricular

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICDSC – *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

Mesh – *Medical Subject Headings*

NAS – *Nurs activities Score*

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

PaO₂ – Pressão parcial de oxigénio

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PIC – Pressão Intracerebral

PCC – População, Conceito e Contexto

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

PICCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos Microrganismo aos antimicrobianos

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

SMI – Serviços de Medicina Intensiva

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	18
2. A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	23
2.1. Justificação da Problemática	23
2.2. O <i>Delirium</i> na Pessoa em Situação Crítica	24
2.2.1. Definição de <i>Delirium</i>	24
2.2.2. Fatores de Risco do <i>Delirium</i>	26
2.2.3. Prevenção do <i>Delirium</i>	28
2.2.3.1. Medidas não farmacológicas e farmacológicas na prevenção do <i>Delirium</i>	30
2.2.4. O Cuidar especializado face à Pessoa em Situação Crítica com <i>Delirium</i>	32
2.3. Enquadramento metodológico	32
2.3.1. Tipo de Estudo: <i>Scoping review</i>	33
2.3.2. Questão de Investigação	33
2.3.3. Critérios de Elegibilidade	33
2.3.4. Estratégia de revisão	34
2.3.5. Localização e Seleção dos Estudos	36
2.3.6. Apresentação de Resultados	39
2.3.7. Discussão de Resultados	40
2.3.8. Nota conclusiva	43
3. O CUIDAR ESPECIALIZADO.....	45
3.1. O Domínio do Cuidar: competências comuns	46
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	47
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	50
3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	51
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	53
3.2. O Domínio do Cuidar: Competências específicas.....	56
3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	57
3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	63
3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação.....	65
CONCLUSÃO	75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	94
Anexo 1 – Escala NAS.....	95
Anexo 2 – Escala de avaliação de <i>Delirium</i> CAM - ICU	97
Anexo 3 – Escala de avaliação de <i>Delirium</i> ICDSC.....	99
Anexo 4 – Escala RASS	101
Anexo 5 – Escala da Dor BPS	103
APÊNDICES.....	105
Apêndice 1 – Plano de Formação - Procedimento Técnico de Enfermagem: Escala ISCDC	106
Apêndice 2 – Apresentação de <i>PowerPoint</i> da Atividade Formativa	108
Apêndice 3 – Formulário da avaliação da atividade formativa e do formador	128
Apêndice 4 – Resultado das avaliações dos participantes sobre a formação realizada a 17 de novembro	131
Apêndice 5 – Resultado das avaliações dos participantes sobre a formação realizada a 29 de novembro	136

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores de risco de <i>Delirium</i>	27
Tabela 2 – Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão	34
Tabela 3 – Estratégia de revisão	35
Tabela 4 – Localização e Seleção dos Estudos.....	37
Tabela 5 – Identificação das Intervenções na Prevenção do <i>Delirium</i>	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de fluxo Prisma (JBI, 2024)36

Figura 2 – Os 5 momentos de Higienização das Mãos73

INTRODUÇÃO

Os novos desafios que são colocados aos profissionais de saúde surgem através das alterações e mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade, de uma forma geral e, em particular, na área da saúde. Estes desafios incentivam a reflexão, a procura de novos conhecimentos, e conduzem os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, para a procura de formação contínua e académica especializada, de forma a proporcionar um crescimento profissional e pessoal, visto que, cada vez mais, são exigidos conhecimentos mais elaborados e competências mais especializadas, que se refletem quer a nível de saber teórico, quer na aplicação prática dos mesmos.

Os profissionais de enfermagem asseguram uma parte essencial dos cuidados de saúde, pelo que a sua qualificação é fundamental (Lopes et al., 2018).

Os estágios constituem momentos de aprendizagem que, aliando a teoria à prática, permitem o desenvolvimento e a aquisição de competências fundamentais para o exercício profissional do enfermeiro, no qual se destaca a abordagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Este relatório surge no âmbito do Estágio Profissional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Cuidados Intensivos, do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica 2021/2022, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

A construção deste relatório tornou-se fundamental nesta etapa formativa, pois proporcionou o alcance de maior conhecimento e desenvolvimento de competências especializadas. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, presente no Regulamento nº 140/2019 (p. 4744) “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), daí decorrendo o principal objetivo.

A pessoa é um ser social, agente intencional, de comportamentos baseados em crenças e desejos de natureza individual, sendo também o centro de processos não intencionais, que são fundamentais ao seu equilíbrio e que lhe concedem unicidade (Decreto-Lei nº 161/1996). A PSC é percecionada como “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 429, 2018, p. 19362)”.

O *Delirium* é uma das complicações com maior incidência na medicina intensiva, sendo superior a 80% (Liang et al., 2022). Trata-se de uma disfunção cerebral aguda, caracterizada pela diminuição no foco, manutenção ou alteração da atenção, com alterações na função cognitiva, sendo bastante prevalente na PSC internada em medicina intensiva (Fan et al, 2024). É por vezes subdiagnosticado e está relacionado com o aumento significativo da morbilidade e mortalidade na PSC. A escolha deste tema prende-se com o facto de ser um tema atual, com grande impacto no prognóstico da PSC.

Assim, havendo uma preocupação com esta temática, através de uma reunião com o enfermeiro chefe e com a enfermeira tutora, foi realizado um diagnóstico de situação relativamente a esta problemática iminente na UCI, o *Delirium* na PSC internada na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), do qual resultou o problema de investigação para este estudo. Neste contexto, foram delineados para o estágio de natureza profissional os objetivos seguintes:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da PSC.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas de investigação em saúde;
- Desenvolver e consolidar competências especializadas à PSC no contexto de UCI;
- Desenvolver e consolidar competências especializadas no âmbito do *Delirium*;
- Desenvolver consciência de responsabilidade profissional, ética-deontológica e legal na prática de cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica;
- Desenvolver competências na implementação de cuidados de qualidade numa perspetiva de melhoria contínua;
- Desenvolver competências na gestão de cuidados e de recursos numa perspetiva de melhoria contínua;
- Desenvolver a capacidade de integrar e transmitir conhecimentos técnico-científicos, humanos e éticos, provenientes de referenciais teóricos de qualidade e da melhor evidência;
- Desenvolver competências na conceção de cuidados técnico-científicos, éticos e humanos, especializados à PSC, sustentados na melhor evidência científica;

- Desenvolver competências relacionadas com as medidas de resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe;
- Desenvolver competências relacionadas com as medidas de prevenção e controlo da infeção da PSC.

Este relatório de estágio encontra-se estruturalmente organizado em cinco capítulos: tem início com a introdução, que destaca as principais linhas orientadoras; no segundo capítulo é abordada a caracterização do contexto de estágio; o terceiro capítulo aborda o foco de intervenção, o *Delirium*, justificando o objetivo do estudo, a definição de *Delirium*, fatores de risco e prevenção; nesse mesmo capítulo é exposto o enquadramento metodológico, no qual se refletem todas as linhas orientadoras deste estudo, nomeadamente uma *scoping review*; no quarto capítulo destaca-se o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado prestado à PSC, que engloba a análise reflexiva das competências do enfermeiro especialista, com base nos domínios das competências comuns e específicas; por último, na conclusão é apresentada a síntese dos aspetos mais relevantes deste relatório, bem como um balanço do trabalho desenvolvido, tendo sempre como principal foco os seus principais contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Salienta-se ainda que este relatório segue as orientações do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, assim como as normas de referenciação bibliográfica presentes na 7ª edição da *American Psychological Association* (APA, 2020).

1. CONTEXTO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste capítulo pretende-se descrever o contexto de estágio, tendo este decorrido num Centro Hospitalar do Norte. Este Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e o desenvolvimento científico na área da saúde. Apresenta como visão ser o melhor Hospital para tratar e cuidar da pessoa, melhor local para trabalhar, destacando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão. Tem como primordiais valores: saúde da pessoa e qualidade do serviço; orgulho e sentimento de pertença; excelência em todas as atividades; respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais; responsabilidade, integridade e ética. Trata-se de um centro de formação de referência, com várias décadas de formação de profissionais de saúde, e está dividido em sete departamentos, nomeadamente: Departamento de Medicina, Departamento de Cirurgia, Departamento de Neurociências, Departamento de Imagiologia, Departamento de Patologia, Departamento de Ortofisiatria e Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência. Foi neste último que decorreu o estágio, mais propriamente no Serviço de Cuidados Intensivos.

Segundo Paiva et al. (2017), múltiplas UCI, de diversos hospitais, evoluíram para Serviço de Medicina Intensiva (SMI), tendo como propósito a gestão da PSC à escala hospitalar. Em hospitais de maior dimensão verificou-se a integração de várias UCI e até de unidades intensivas (Camas Nível III) e intermédias (Camas nível II) num único SMI (Serviços de Medicina Intensiva) no Hospital. Esta integração potencia a maximização da eficiência, otimização da continuidade dos cuidados, facilitação da disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, readmissões em nível III e de custos de tratamento.

As UCI, atualmente designadas por SMI têm como finalidade prevenir, diagnosticar e tratar situações de doença aguda, previsivelmente reversíveis, em pessoas com falência de uma ou mais funções vitais, potenciais ou estabelecidas (Paiva et al., 2016). Estas unidades possuem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, dispondo de médico intensivista em presença física durante 24 horas (Penedo et al., 2013). Podem ser divididas em três níveis de cuidados, de acordo com o paradigma europeu (Penedo et al., 2013):

Nível I – Envolve uma monitorização hemodinâmica, que pode ser minimamente invasiva ou não invasiva da pessoa que se encontra em risco de desenvolver falência ou disfunção de um ou mais órgãos, podendo denominar-se de cuidados intermédios.

Nível II – Implica uma monitorização invasiva e de suporte de funções vitais que garanta articulação com unidade de cuidados intensivos de nível superior, para acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas. Integra na sua definição a presença permanente de equipa médica com formação específica.

Nível III – São designadas de unidades/serviços de cuidados intensivos. É imperativo a presença de uma equipa médica e de enfermagem especializada e acesso garantido a meios de monitorização, de diagnóstico e terapêutica. Dispõem de controlo contínuo de qualidade de formação.

Os SMI servem uma população de cerca de 8.914.770 habitantes, com idade superior a 15 anos, valor naturalmente superior à idade da população alvo (> 18 anos), estimando-se em 8,6 milhões o valor mais aproximado da realidade. Estão inseridos em estruturas hospitalares num universo de 21.193 camas, num total de 941 camas com tipologia SMI, apresentando grandes variações regionais (Ordem dos Médicos, 2024).

O estágio decorreu num SMI com a configuração anteriormente designada, onde se encontram camas de nível II e de Nível III, pertencente ao Departamento de anesthesiologia, cuidados intensivos e emergência. Este Departamento é constituído pela UCI 1, UCI 2, Serviço de Cuidados Intermédios Médico e Cirúrgico, Bloco Operatório e Serviço de Urgência. Este estágio decorreu na UCI 1 e no Serviço de Cuidados Intermédios Médico-Cirúrgica.

Este serviço apresenta uma equipa multidisciplinar, contando com médicos anestesistas, intensivistas, Medicina Interna e Pneumologia. A equipa de enfermagem é constituída por 99 enfermeiros, sendo que cinco possuem a especialidade de reabilitação, dois a especialidade de Saúde Mental, 28 são especialistas em EEEMC; destes 28, apenas seis são especialistas em EEEMCPSC, uma enfermeira tem especialidade em Saúde Materna e uma Enfermeira é especialista em Saúde Comunitária. Adicionalmente, uma enfermeira com EEEMC tem como principal função a gestão e organização das três salas e dos respetivos recursos, sempre em colaboração com o enfermeiro chefe deste serviço.

Para além dos profissionais anteriormente elencados, fazem parte desta equipa técnicos auxiliares de saúde e técnicos administrativos, que trabalham nesta unidade de forma a promover o seu correto funcionamento.

É um serviço composto por três salas, em que a tipologia da PSC varia, nomeadamente: na sala 1, há uma capacidade para doze pessoas, sendo que duas das camas estão reservadas para receber a PSC no pós-operatório de transplantes hepático ou renopaneocrático ou para situações de exceção/catástrofe; na sala 2, existem 12 camas, sendo que tanto na sala 1 como na sala 2 as unidades estão aptas para receber pessoas que tenham a necessidade de serem ventiladas, pelo que o rácio da PSC- enfermeiro é de 1:2; na sala 3, a tipologia da PSC é maioritariamente não cirúrgica, e o rácio enfermeiro-pessoa é de 1:3.

Todas as camas deste serviço estão devidamente equipadas com equipamentos de monitorização, eletrocardiograma, pressões invasivas e não invasivas, monitorização de oximetria, monitorização de temperatura, monitorização de *Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO), monitorização de capnografia (EtCO₂), monitorização de Pressão Intracerebral (PIC) e ventiladores com ventilação invasiva e não invasiva. Algumas camas estão devidamente preparadas para a realização de Técnica de Suporte Renal: Hemofiltração, Hemodiafiltração, Hemoperfusão, Plasmaferese, Técnica Dialítica com Citrato e Prometheus.

Este SMI dá resposta a pessoas com idade superior a 18 anos, sendo a sua atuação no âmbito hospitalar, tanto em contexto de unidade como em emergência intra-hospitalar.

Para além de receber pessoas de qualquer especialidade, o SMI é um serviço de referência para a PSC de neurocirurgia e TCE, estando fisicamente próximo destes Serviços. Este SMI é o responsável pela emergência interna destes serviços em concreto. A emergência interna dos restantes serviços do hospital é da responsabilidade da UCI 2 que, para além disso, dá apoio à sala de emergência, uma vez que fisicamente também está mais próxima destes.

“A Direção-Geral da Saúde através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI). As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Estas equipas

respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação. Neste contexto, a rápida ativação das EEMI é crucial, demonstrando a evidência científica disponível nesta matéria que os atrasos na resposta prestada pela equipa de emergência intra-hospitalar encontram-se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas”

(Diário da República despacho nº 9639/2018 de 15 de outubro, p. 2733).

Neste SMI, a prestação de cuidados de enfermagem é realizada pelo Método Individual de Trabalho. Este método centra a sua atenção nas necessidades das pessoas, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um determinado número de pessoas em função do grau de dependência para cada enfermeiro, sendo este responsável, durante o seu turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais às pessoas que lhes foram atribuídas (Frederico e Leitão, 1999). Consiste numa abordagem de assistência total à pessoa, em que um enfermeiro assume a responsabilidade total pela prestação de cuidados a um determinado grupo de pessoas durante o seu turno, e a organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade da pessoa, desde a conceção, implementação e avaliação dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021).

No entanto, verifica-se que existem cuidados de enfermagem especializados neste SMI que recorrem ao trabalho em equipa, nomeadamente em PCR, na colocação da PSC em decúbito ventral, entre outros. Logo, constata-se um ambiente de trabalho e cultura organizacional que promovem esta dinâmica.

Ao nível da gestão de cuidados, a avaliação do nível de dependência da pessoa é realizada pelo enfermeiro responsável de cada sala de forma empírica, sendo um dos pontos que se considera que poderia ser estruturado de forma a ser mais sistematizada, tendo por base uma evidência científica; por exemplo, considera-se que seria interessante utilizar a escala NAS (*Nurs Activities Score*) (Anexo 1). A NAS é uma escala que contempla a prestação de cuidados diretos à pessoa/família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e pessoas, incluindo ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de

gestão. Não está dependente da gravidade da situação da pessoa, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas atividades de enfermagem autónomas e interdependentes (Macedo, 2017).

A documentação dos cuidados à PSC no SMI é realizada em vários documentos, nomeadamente: Pankard, documento em papel presente na unidade da PSC no qual é possível registar todas as monitorizações relativas à PSC; Processo Clínico Eletrónico, no qual o médico efetua os seus registos; o Circuito do Medicamento, no qual são efetuadas as prescrições médicas; e o *Scĺnico*, onde o Enfermeiro efetua os registos relativos à sua intervenção.

O SMI tornou-se, desta forma, um contexto bastante enriquecedor, uma vez que permitiu pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo das aulas teórico e teórico-práticas lecionadas ao longo do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e assim dar resposta aos objetivos delineados.

2. A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Na saúde, a dimensão cuidadora ou do cuidar está muito relacionada com a profissão de enfermagem, mas o cuidado está presente nos fazeres e saberes dos trabalhadores de saúde, em todos os atos direcionados para o outro e que promovam a saúde ou combatam a doença, psicossocial e espiritual. Deste modo, a dimensão do cuidado não poderia deixar de ter uma relação estreita com as atividades de investigação, uma vez que é através delas que se questiona, que se discute, e que se produz conhecimento, em busca da melhoria da qualidade dos cuidados. A relação entre a investigação e o objeto de intervenção de enfermagem não é só o cuidado per si, mas o cuidado de si para com o outro e para consigo, tem vindo a ser alavancada pela enfermagem em torno do cuidado como essência da profissão (Baptista, 2023).

Sendo assim, coloca-se como entidade importante a díade investigação- cuidado de enfermagem, num primeiro plano com o objetivo da melhoria dos cuidados de enfermagem e evolução na qualidade dos cuidados e, consequentemente, o fortalecimento e desenvolvimento da profissão de enfermagem. Se o cuidado é o objeto de pesquisa, e esta é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, inequivocamente ambas mantêm uma interdependência (Baptista, 2023).

Este processo cuidar-investigar revela-se então uma ferramenta relevante para a construção de conhecimentos capazes de provocar mudanças na forma de pensar e de agir em enfermagem, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade, tanto da ação do cuidar quanto de pesquisar (Baptista, 2023).

2.1. Justificação da Problemática

O *Delirium* é um distúrbio agudo que afeta a atenção e a função cognitiva global, e que se expressa por sintomas flutuantes, resultado de uma condição orgânica subjacente, que pode ser médica ou cirúrgica. No entanto, não é frequentemente identificado, pelo facto dos seus sintomas flutuarem ao longo do dia. Estima-se que aproximadamente 80% das PSC desenvolvem *Delirium* durante o seu internamento na UCI, sendo que condicionantes como a idade avançada e o estado de comorbilidade da pessoa são fatores que aumentam a probabilidade de esta desenvolver *Delirium* (Mulkey et al., 2018).

O *Delirium* apresenta-se com uma prevalência que varia entre 10% a 87% em serviços médicos, entre 11% a 74% em serviços cirúrgicos, entre 26% a 89% em serviços de cuidados críticos, e entre 25% e 88% em serviços de oncologia (Maldonado, 2017).

As pessoas com *Delirium* têm geralmente uma idade mais avançada, permanecem entubados por longos períodos, permanecem nas UCI durante mais tempo, e são muitas vezes transferidos posteriormente para os cuidados intermédios, ficando desta forma hospitalizados por grandes períodos (Boettger et al., 2017).

A falta de identificação desta condição resulta num aumento de 10 vezes no comprometimento cognitivo associado ao *Delirium* no momento da alta, num aumento de três vezes na mortalidade, e em custos anuais estimados de cuidados de saúde de aproximadamente 350 mil milhões de dólares, entre os Estados Unidos e a Europa (Mulkey et al., 2018).

Mulkey et al. (2018), pressupõem que uma medida fisiológica objetiva poderia vir a traduzir-se numa maior precisão, eliminando preocupações relacionadas com a confiabilidade entre avaliadores, podendo alertar toda a equipa multidisciplinar quanto à evolução do *Delirium*, mesmo antes de surgirem as mudanças comportamentais.

2.2. O *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica

O *Delirium* é um dos fatores com maior morbidade e mortalidade na pessoa internada em UCI. Sendo muitas das vezes subdiagnosticado, está diretamente relacionado com um aumento da mortalidade e subsequente diminuição do potencial *outcome* da pessoa. Vários estudos demonstram que o *Delirium* é um grande preditor da mortalidade da pessoa internada em UCI (Huang & Fisher 2022; Fan et al, 2024).

2.2.1. Definição de *Delirium*

O *Delirium* pode ser definido como uma disfunção cerebral aguda que afeta até 80% dos pacientes internados em UCI, estando associado a um aumento da taxa de mortalidade e morbidade (Faria & Moreno 2013).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-V (APA, 2022), que continua a ser o *gold standard* no diagnóstico de *Delirium*, este é definido como uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição, com défice de

atenção, consciência e cognição, que se desenvolve num curto período de tempo (dias a horas), estando associado a perturbação do sono-vigília. As pessoas que desenvolvem este fenómeno podem apresentar quadros de perturbações emocionais que vão desde a ansiedade, euforia, irritabilidade, raiva à depressão, medo e apatia, sendo as primeiras perturbações mais frequentes durante o período noturno.

O mecanismo fisiopatológico do *Delirium* ainda não está completamente compreendido, pressupondo-se que tenha uma etiologia de natureza multifatorial. Não obstante, existem hipóteses que apontam para a existência de interações entre sistemas de neurotransmissores, processos inflamatórios, e até mesmo a sua relação com o stress (Fan et al, 2024).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2022), existem cinco critérios de diagnóstico para o *Delirium*, nomeadamente: perturbação da consciência e da atenção; desenvolvimento da sintomatologia num período de horas a dias e oscilação do estado de atenção e consciência basais ao longo do dia; perturbação da cognição; perturbação da percepção, não podendo esta ser explicada por demência pré-existente estabelecida ou em evolução; na presença de evidências que comprovem que esta perturbação resulta de causas fisiológicas associadas a uma condição médica de múltipla etiologia, diagnosticada por meio da história clínica da pessoa, exame físico ou resultados analíticos.

Também de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2022), existem três subtipos de *Delirium*, nomeadamente o hipoativo, hiperativo e o misto. No primeiro verifica-se uma diminuição dos movimentos corporais, apatia e letargia que se aproxima do estupor. No segundo denota-se um nível elevado de atividade psicomotora, com presença de alucinações e agitação, acompanhados frequentemente por oscilações do estado de humor e recusa de cuidados de saúde. No terceiro constata-se a flutuação dos sintomas característicos do estado hipoativo e hiperativo.

O *Delirium* hiperativo é o mais frequentemente identificado, pelo facto de chamar a atenção da equipa médica em função das interrupções da prestação de cuidados habituais, bem como da carga de trabalho acrescida a toda a equipa multidisciplinar, decorrente do estado de hiperatividade da pessoa. Todavia, a maioria das pessoas, especialmente as de idade mais avançada, tendem a desenvolver o subtipo hipoativo mais grave, também conhecido como “*delirium* silencioso” (Inouye et al., 2014). O dilema encontra-se na

difficuldade em identificar este subtipo de *Delirium*, que apresenta desafios adicionais a toda a equipa, decorrente do facto de muitas das ferramentas existentes não serem tão sensíveis a este subtipo (Mulkey et al., 2019).

Adicionalmente, o *Delirium* pode ainda ser classificado como agudo, nos casos em que tem uma duração de poucas horas a dias, ou como persistente, quando se estende a semanas ou meses (Faria & Moreno, 2013; APA, 2022).

Para além dos subtipos de *Delirium* anteriormente mencionados, existem ainda o *Delirium* sub-sindromático, definido como a presença de um ou mais sintomas de *Delirium* sem progredir e atingir o limiar de um diagnóstico de *Delirium* (APA, 2022; Nasir et al., 2022).

A presença de *Delirium* na PSC pode caracterizar-se por diversas complicações, entre elas auto extubação, remoção accidental de catéteres, aumento do tempo de internamento, aumento da mortalidade entre seis meses e 1 ano, diminuição ou agravamento da função sensorial e motora no ano que precede à hospitalização na UCI, comprometimento cognitivo a longo prazo, e aumento dos custos hospitalares (Brummel et al., 2014).

2.2.2. Fatores de Risco do *Delirium*

Os fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium* (Tabela 1) são inúmeros, entre eles: idade avançada, hipertensão arterial, hábitos alcoólicos e tabágicos frequentes, doenças crónicas, demência pré-existente, imobilização física, depressão, sépsis, alterações metabólicas, e a presença de dispositivos invasivos, tornando o *Delirium* numa entidade nosológica multifatorial (Setters & Solberg, 2017).

Em alguns casos, o *Delirium* pode ser desencadeado por um fator isolado, mas é mais comum a inter-relação entre condições que frequentemente provocam e fatores que agravam ou aumentam o seu risco. Adicionalmente, os efeitos dos diversos fatores de risco parecem ser cumulativos. Assim, são vários os fatores que propiciam o *Delirium* nomeadamente: infeções (pneumonia, erisipela, DPOC descompensada), patologias cardiovasculares (EAM, FA, angina de peito), acidente vascular cerebral (AVC), musculoesqueléticas (fraturas, luxações, entorses), endócrinas (descompensação diabética, hipo e hipertiroidismo), distúrbios hidroeletrolíticos (desidratação, hiponatremia, hipercalemia), e medicamentos (anticolinérgicos, sedativos, narcóticos).

Outros fatores que potenciam a existência de *Delirium* são a privação do sono, desidratação e déficit auditivo (Chaimowicz et al., 2013).

Alguns dos fatores de risco para o *Delirium* podem ser modificáveis, como é o caso do tempo de permanência da pessoa no leito, a hipóxia, as alterações hidroeletrólíticas e a utilização de dispositivos médicos invasivos, nomeadamente a ventilação invasiva (Faria & Moreno, 2013).

Tabela 1 – Fatores de risco para *Delirium* em UCI (Pinho et al, 2020, p. 83)

Fatores	Não modificáveis	Modificáveis
Predisponentes	✓ Idade ✓ Institucionalização ou viver sozinho ✓ Hipertensão ✓ Alterações Genéticas ✓ Déficit Cognitivo Prévio ✓ História de Alcoolismo ✓ História de Abuso de Substâncias ✓ História de Tabagismo ✓ História de Depressão ✓ Infecção por vírus de Imunodeficiência Humana (VHI) ✓ Doença renal ou hepática prévia	✓ Privação Sensorial (ex.: visão, audição)
Precipitantes	✓ Doença severa ✓ Doença respiratória ✓ Doença do foro médico (versus cirúrgica) ✓ Cirurgia Cardíaca ✓ Ventilação Mecânica ✓ Quantidade de medicação administrada por via parentérica (mais de três perfusões) ✓ Elevação de marcadores inflamatórios ✓ Presença de metabolitos de aminoácidos neutros de cadeia longa ✓ Diminuição da exposição à luz solar ✓ Isolamento	✓ Anemia ✓ Acidose ✓ Hipotensão ✓ Infecção/Sépsis ✓ Desequilíbrios Hidroeletrólíticos ✓ Hipertermia ✓ Ausência de visitas durante o internamento ✓ Sedativos/Analgésicos ✓ Imobilidade ✓ Uso de restrições físicas ✓ Cateter vesical, periférico ou central e sonda gástrica ✓ Privação do Sono ✓ Restrição Física

2.2.3. Prevenção do *Delirium*

Os avanços da investigação na medicina intensiva quanto ao entendimento do impacto desta síndrome em adultos internados em UCI tem culminado, principalmente na última década, em propostas/*guidelines*, índices preditivos, entre outras estratégias. A prevenção tem um papel preponderante na redução da incidência deste fenómeno, sendo provavelmente a medida mais eficiente na abordagem da PSC em UCI com maior risco de desenvolver *Delirium* (Boogaard, 2012).

A prevalência do *Delirium* está diretamente relacionada com o estado da PSC internada em UCI, visto que aumenta o desconforto e a insegurança desta, exigindo por parte do enfermeiro uma maior vigilância da sua condição (Bento & Sousa, 2021).

Aos enfermeiros compete avaliar a pessoa em risco, identificar episódios de *Delirium* e implementar medidas não farmacológicas como intervenções preventivas ou de gestão, bem como, transmitir à restante equipa multidisciplinar o risco de *Delirium* de uma determinada pessoa e as formas como o mesmo pode ser gerido, não esquecendo a importância do envolvimento da família (Bento & Sousa, 2021).

As intervenções de enfermagem devem ser ajustadas a cada pessoa, indo ao encontro da sua individualidade, diagnóstico e das suas preferências (Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014). Para além disso, é da competência do enfermeiro, dominar e implementar os instrumentos de avaliação do *Delirium*, bem como, as suas manifestações e fatores de risco, de modo a atuar no sentido de prevenir e diminuir a sua ocorrência e gravidade (Oliveira et al, 2022).

As avaliações de enfermagem têm sido propostas como ferramentas de triagem para a identificação do *Delirium*. Uma grande vantagem é a sua implementação clínica diária e uma ampla gama de parâmetros documentados (Sola-Miravete et al., 2018).

A implementação da monitorização diária do *Delirium* encerra em si um olhar para esta síndrome como um acontecimento nefasto evitável e não como uma situação inevitável, comum no trajeto da doença aguda grave da PSC. Alguns estudos de investigação reportam a possibilidade em minimizar o impacto desta síndrome, quando avaliado atempadamente (Sola-Miravete et al., 2018; Chen et al, 2020).

O uso de instrumentos de avaliação de *Delirium* auxiliam no seu reconhecimento precoce, permitindo adotar medidas preventivas e, conseqüentemente, reduzir a gravidade do mesmo (Oliveira et al, 2022; Alaterre et al, 2023). As escalas CAM-ICU (*Confusion*

Assessment method for Intensive care Unit) e a escala ICDSC (*Intensive Care Delirium Screening Checklist*), encontram-se validadas e traduzidas para português, constituindo-se desta forma instrumentos válidos e com grande sensibilidade (Faria & Moreno, 2013).

Para avaliar o *Delirium* através da escala CAM-ICU ou da escala ICDSC é necessário avaliar inicialmente a PSC pela escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*). A escala de RASS é uma escala desenvolvida para avaliar o nível de sedação, atenção e agitação (Devlin et al 2018; Alaterre et al, 2023). Esta escala pode ser utilizada em pessoas hospitalizados, mas preferencialmente em pessoas ventiladas para prevenir um excesso de sedação (Boettger et al, 2017).

A Escala RASS é uma escala ordinal categórica que está contemplada com 10 parâmetros que vai do -5 a +4. (Anexo 2), separa o estímulo verbal do físico, atribuindo-se nível de sedação consoante o tipo de estímulo necessário para a pessoa manter o contato visual (Boettger et al, 2017).

A escala ICDSC (Anexo 3) é uma escala de avaliação do *Delirium* que inclui oito parâmetros, que estão centrados em dois pontos: presente ou ausente. Esta escala está desenhada preferencialmente para pessoas com limitações na comunicação e inclui diversos parâmetros, nomeadamente: 1) Alteração dos níveis de consciência; 2) Desatenção; 3) Desorientação; 4) Alucinação, ilusão ou Psicose; 5) Agitação Psicomotora; 6) Discurso ou Humor impróprios; 7) Alterações do Ciclo do Sono e 8) Sintomatologia intermitente (Carvalho et al., 2013).

A escala CAM- ICU foi desenvolvida em 1990 por Inouye e colegas, sendo baseada nos critérios que definem o *Delirium* pela DSM- IV com o propósito de o *Delirium* ser avaliado por outros profissionais e não apenas por psiquiatras. Esta escala foi alterada, com o objetivo de ser utilizada em unidades de cuidados intensivos por pessoas ventiladas ou não (Ely et al, 2001). A escala aborda quatro parâmetros na sua avaliação do *Delirium*: 1) Alteração aguda do estado mental ou curso flutuante; 2) Falta de atenção; 3) Nível de Consciência alterado; 4) Pensamento Desorganizado (Anexo 4).

O impacto negativo que o *Delirium* pode trazer à PSC internada na UCI demonstra a necessidade e a importância da investigação e da ação em contextos clínicos, especialmente na prevenção da sua ocorrência (Bento & Sousa, 2021).

Os enfermeiros da UCI são os profissionais de saúde mais envolvidos na monitorização e vigilância da PSC, motivo pelo qual estão numa posição privilegiada na identificação

da pessoa em risco de desenvolver *Delirium*, determinar quais as que se encontram em risco de alteração cognitiva aguda, e promoverem a adoção de medidas preventivas (Bento & Sousa, 2021).

Assim, o enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção e controlo do *Delirium*, todavia, para que este possa tomar uma decisão clínica ajustada, e implementar intervenções individualizadas é crucial que se realize uma correta avaliação da PSC (Oliveira et al, 2022).

2.2.3.1. Medidas não farmacológicas e farmacológicas na prevenção do *Delirium*

Com base em diversos estudos científicos, segundo Oliveira et al, (2022) podemos organizar algumas intervenções na prevenção do *Delirium* em algumas categorias, nomeadamente: ambiente, promoção do Sono, intervenção terapêutica precoce, avaliação cognitiva e orientação, protocolos, participação da família e ensino à pessoa/família.

Relativamente ao ambiente são várias as intervenções que poderemos incidir nomeadamente: providenciar/abertura encerramento de persianas; facilitar musicoterapia; providenciar óculos e aparelhos auditivos, providenciar ambiente harmonioso (Devlin et al, 2018; Oliveira et al, 2022).

No que concerne à promoção do sono: proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável; luz adequada e redução do ruído; indutores do sono e tampões para os ouvidos, se necessário (Devlin et al, 2018; Liang et al; 2022; Oliveira et al, 2022).

Para uma intervenção terapêutica precoce sugerem: providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas; prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia; mobilização precoce e exercício; fármacos indutores do sono/sedativos; remoção de cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infeção; controle adequado da dor; monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente (Devlin et al, 2018; Oliveira et al, 2022).

Na avaliação cognitiva e orientação pretende-se avaliar o conhecimento com posterior orientação da pessoa quanto ao local e suas características, data/hora e razão pela qual está na UCI; identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados; explicar os sons que poderá ouvir, de bombas infusoras, monitores, ventiladores; permitir visitas de

familiares/pessoas significativas; providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditiva; fornecer calendário à pessoa e relógios; facilitar comunicação verbal/não verbal adequados; minimizar as restrições física (Devlin et al, 2018; Oliveira et al, 2022).

A utilização de protocolos (Bhattacharyya, et al, 2022; Liang et al, 2022), ABCDE (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação, monitorização do *Delirium*, mobilização precoce, empoderamento familiar), MORE (música, abertura/encerramento de persianas, reorientação/estimulação cognitiva), DPB (suspensão de sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono (Oliveira et al 2022).

Por último a participação da família, em que se incentiva a inclusão dos familiares na prestação de cuidados e na realização de atividades lúdicas (Liang et al 2022).

Revisões anteriores demonstram que os familiares expressam desejo em serem convidados e apoiados para a prestação de cuidados diretos à pessoa, devidamente individualizados à situação experienciada (Dijkstra et al., 2023).

De acordo com a Society of Critical Care Medicine, o envolvimento da família requer cuidados centrados na pessoa, onde são respeitadas e respondidas todas as suas necessidades, bem como, as dos seus familiares, com recurso ao empoderamento e à participação ativa destes elementos nos cuidados prestados à pessoa, proporcionando um ambiente seguro, no que concerne ao bem-estar físico e mental dos intervenientes, prezando por uma comunicação assertiva e oportuna entre o profissional e a pessoa/família (Pabón-Martínez et al, 2022).

Assim sendo, a participação dos familiares nos cuidados à pessoa passa pela inclusão de membros da família na prestação de cuidados, com fim a melhorar a comunicação estabelecida entre a pessoa/família e a equipa multidisciplinar, bem como, a incluir a família nas estratégias de estimulação da pessoa e permitir um período de visitas o mais alargado possível (Pabón-Martínez et al, 2022).

Estes elementos, para além de trazerem confiança à pessoa, proporcionam também bem-estar para a família, melhorando, assim, o processo de tomada de decisão conjunta e, consequentemente, as expectativas em relação ao cuidado da pessoa (Pabón- Martínez et al, 2022).

Todavia, é necessário compreender que a inclusão e, consequente, participação dos familiares nos cuidados prestados à pessoa é uma intervenção complexa, que exige uma mudança de comportamento por parte, tanto, dos profissionais de saúde como dos familiares (Dijkstra et al., 2023).

2.2.4. O Cuidar especializado face à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*

Cuidar da PSC com *Delirium* pressupõe a aquisição de conhecimentos técnico-científicos aprofundados e atuais sobre o assunto.

O conhecimento dos fatores de risco que contribuem para a problemática do *Delirium* devem ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde que diretamente prescrevem e/ou prestam cuidados à PSC, sendo que, os enfermeiros apresentam um papel preponderante na otimização das medidas preventivas na UCI, a par de uma melhor gestão da analgesia e sedação. Só com este tipo de conduta adotada em consonância se terá sucesso na prevenção do *Delirium* (Ribeiro et al, 2015).

Deste modo, o papel do enfermeiro é preponderante para a promoção do conforto e do controlo da dor, através de implementação de intervenções, como: orientação da pessoa no tempo, espaço e pessoa; estimulação cognitiva; mobilização precoce; prevenção da hipóxia; suspensão precoce da ventilação mecânica; remoção precoce de dispositivos invasivos; individualização dos cuidados prestados; criação de protocolos para a remoção de dispositivos invasivos, controlo da dor e prevenção do *Delirium*; controlo do ambiente da unidade; envolvimento da família e da restante equipa multidisciplinar; e gestão do tratamento farmacológico, nomeadamente para correção de distúrbios hidroeletrólíticos (Bento & Sousa, 2021).

O enfermeiro especialista possui um papel preponderante na prevenção, identificação, avaliação e tratamento do *Delirium*, no sentido de promover ambientes seguros, contribuindo significativamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e fomentando na equipa multidisciplinar uma mudança do paradigma.

2.3. Enquadramento metodológico

Neste ponto será apresentado o enquadramento metodológico nomeadamente, a caracterização do estudo, a questão de investigação, o objetivo do estudo, a estratégia da

revisão, a seleção dos estudos, a extração de dados e por último a apresentação dos resultados e consequente discussão dos resultados.

2.3.1. Tipo de Estudo: *Scoping review*

Trata-se de um estudo do tipo *Scoping Review*. Esta tipologia de estudo consiste numa revisão sistemática da literatura, cujo principal objetivo é mapear os estudos existentes sobre determinado tema (Aromatis E., Munn, 2020).

O protocolo de *Scoping Review* do nosso estudo, tem como referencial teórico o modelo da *Joanna Briggs Institute* (JBI), o qual inclui seis etapas: formulação do título e da pergunta de partida, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos na *Scoping Review*, localização e seleção dos estudos, extração de dados e análise e apresentação dos dados (Aromatis E., Munn, 2020).

Neste estudo de investigação, teve como objetivo mapear as intervenções preventivas de *Delirium* na PSC internada em UCI.

2.3.2. Questão de Investigação

Tendo em conta o tipo de estudo, foi formulada a questão de investigação tendo em conta a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). Sendo assim (P)opulação: Pessoa em Situação Crítica; (C)onceito: Intervenções a implementar na prevenção do *Delirium*; (C)ontexto: Unidade de Cuidados Intensivos.

Desta forma, foi formulada a seguinte questão: “Quais as intervenções de Enfermagem a implementar na Prevenção do *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos?”

Esta questão de investigação tem como principal objetivo: Identificar as intervenções de Enfermagem na prevenção do *Delirium* em UCI.

2.3.3. Critérios de Elegibilidade

Segundo a metodologia da *Scoping Review* é necessário definir critérios de inclusão e de exclusão para a revisão (Aromatis e Munn, 2020).

Como estratégia de pesquisa foi utilizado um horizonte temporal de cinco anos (2019-2023), restringindo-se os artigos, relativos a estudos primários e secundários, publicados

aos idiomas português, inglês e espanhol e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 2 - Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

PCC	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Adultos em Situação Crítica	População Pediátrica
Conceito	Intervenções preventivas do <i>Delirium</i>	Outras medidas não relacionadas com o <i>Delirium</i>
Contexto	UCI	Outros serviços de internamento e Domicílios

2.3.4. Estratégia de revisão

Segundo as revisões sistemáticas da JBI, a estratégia da pesquisa tem em consideração a identificação dos descritores e expressões pertinentes para a pesquisa através da identificação das palavras-chave, sendo esta utilizadas em bases de dados fidedignas. Posteriormente, a pesquisa deve ser realizada em bases de dados pertinentes, recorrendo aos conceitos previamente definidos. Depois deste passo, deve-se atender à leitura do título e posterior leitura do resumo, para desta forma selecionar os artigos relevantes para a revisão (Aromatis e Munn, 2020).

A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro de 2023 nas bases de dados *Pubmed*, *Web of Science* e *EBSCOhost* e todas as bases de dados a elas associados.

Os termos chave/ descritores foram obtidos através de plataformas dos descritores Mesh (*Medical Subject Headings*) e dos descritores em Ciências da Saúde, obtiveram se os seguintes termos: “*Delirium*”, “*Critical care*”, “*Intensive Care*” “*Nurs*”, “*Child*”.

Recorrendo aos operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*, com os instrumentos adicionais aspas, os parêntesis e o asterisco, foi possível construir e estruturar a frase booleana. Sendo assim, foi possível estabelecer a relação entre os termos da pesquisa, tendo surgido: *Delirium*, AND “*Critical Care*”, OR “*Intensive Care*”AND *Nurs**, NOT *Child**.

Tabela 3: Estratégia de Revisão

	Pubmed	EBSCOhost	WebofScience
# 1 <i>Delirium</i>	25870	48641	2529101
# 2 “Critical Care” OR “Intensive Care”	581401	905 570	267939
# 3 Nurs *	1119108	2 656 007	482221
# 4 Child*	3387312	4 077 233	2529101
#1AND#2AND#3NOT #4	1302	2843	1420
Artigos Publicados em Inglês, Português ou Espanhol, entre 2019 e 2023, com acesso ao texto integral	752	245	861
Total	1858 Artigos		

Após a pesquisa nas diferentes plataformas e bases de dados, foram eliminados os artigos duplicados. O processo de seleção dos estudos decorreu ao longo de três etapas, nomeadamente na análise do título, do resumo e por último no texto integral. Esta triagem permitiu selecionar os estudos tendo em conta os critérios de elegibilidade, o friso temporal e os idiomas estabelecidos, removendo desta forma os que não respondem ao objetivo e à questão de investigação.

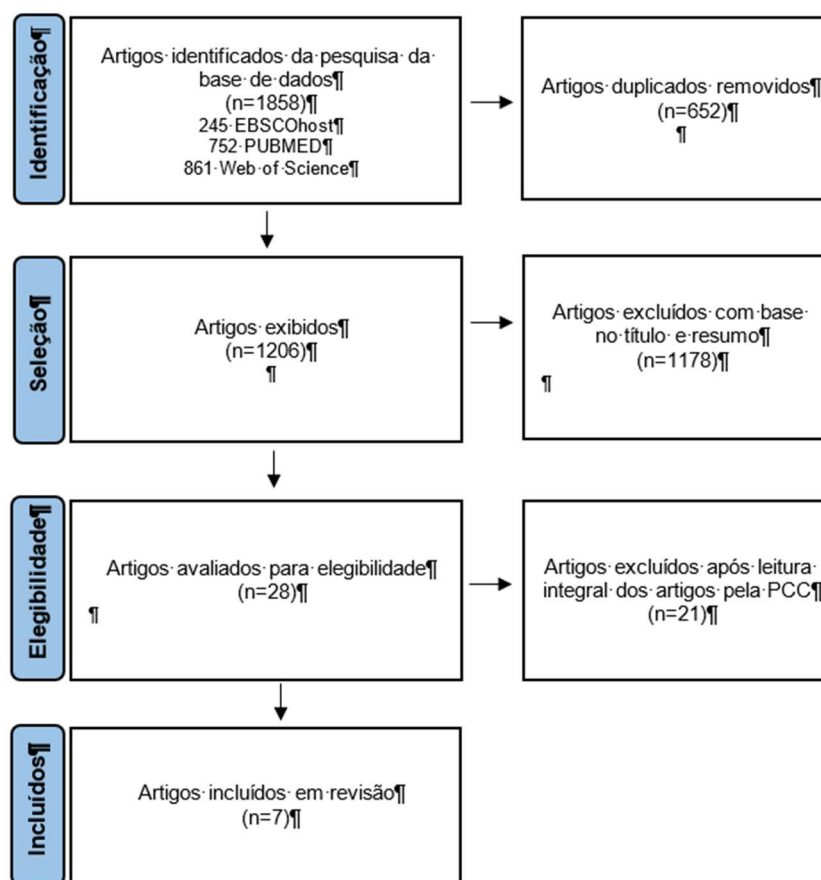


Figura 1- Diagrama de Fluxo Prisma (JBI, 2024)

O Mendeley Desktop foi o software utilizado para a gestão dos resultados que surgiram da pesquisa, permitindo armazenar, organizar e consultar a bibliografia.

Foi realizado um fluxograma baseado nas diretrizes PRISMA, seguindo as orientações do JBI, que apresenta de forma sintetizada as orientações desde o início da pesquisa até à seleção dos artigos a incluir na revisão, apresentado pela figura 1, cujo total foi de 7 artigos.

2.3.5. Localização e Seleção dos Estudos

Para uma melhor estruturação das evidências identificadas formulou-se uma tabela onde foram identificados os resultados com base na avaliação dos artigos incluídos na revisão.

Tabela 4 – Localização e seleção dos estudos

	Autor/ ano	País	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados/ Conclusões
E1	(Bento e Sousa/2021)	Portugal	Delirium in adult patients in intensive care: Nursing interventions	Identificar intervenções de enfermagem de forma a prevenir o <i>Delirium</i> na pessoa internada em UCI.	Revisão da literatura: scoping review	- Identificação de diferentes sub-tipos de <i>Delirium</i>; - Identificação de alguns fatores de risco no desenvolvimento do <i>Delirium</i>; - Identificação de complicações associadas ao <i>Delirium</i>; - Identificação de diferentes categorias de intervenções de enfermagem; - A importância de uma <i>ABCDEF Bundle</i>; - Os enfermeiros têm um papel fundamental na identificação e prevenção do <i>Delirium</i>.
E2	(Burry et al/ 2021)	Canadá	Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis	Identificar Intervenções Farmacológicas e Não farmacológicas na prevenção do <i>Delirium</i>	Revisão Sistemática da Literatura e meta análise	- Identificação de algumas intervenções não farmacológicas na prevenção do <i>Delirium</i>; - A dexmedetomidina como fármaco preferencial em alternativa às benzodiazepinas.
E3	(Alexander/2021)	Estados Unidos da América	Intensive Care Unit Nursing Priorities in the United States	Identificar quais as intervenções de enfermagem que previnem o <i>Delirium</i>	Revisão Sistemática da Literatura	- A importância da implementação de uma <i>ABCDEF Bundle</i>; - Importância da Tele-medicina, para promover o conhecimento/ formação e experiência, e o <i>know how</i> entre os profissionais; - Intervenções não farmacológicas que previnem o <i>Delirium</i>; - A importância de uma deteção precoce de um quadro de sépsis e de

						Pneumomia associada à ventilação.
E4	(Liang et al/2022)	China	Non-pharmacological delirium prevention practises among critical care nurses: qualitative study	Determinar as percepções dos enfermeiros sobre a prevenção não farmacológica do <i>Delirium</i>	Estudo qualitativo	- Complicações associadas ao <i>Delirium</i>; - Intervenções não farmacológicas na prevenção do <i>Delirium</i>: mobilização precoce, envolvimento da família, avaliação do <i>Delirium</i>, estimulação sensorial, rotinas de sono) - Importância de equipas formadas para a importância da avaliação do <i>Delirium</i>
E5	Lange et al/2022	Suíça	Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients – Na Umbrella Review With Implications for Evidence-Based Practise	Identificar quais as intervenções não farmacológicas que podem prevenir o <i>Delirium</i>	Revisão da Literatura	- Intervenções não farmacológicas a implementar na prevenção do <i>Delirium</i>.
E6	Oliveira et al / 2022	Portugal	O Papel do enfermeiro na prevenção do <i>delirium</i> no paciente adulto/idoso crítico	Conhecer as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo do <i>Delirium</i> na PSC	Revisão Integrativa da Literatura	- Intervenções de enfermagem para a prevenção do <i>Delirium</i>; - Implementação da <i>Bundle</i> ABDCE; - Implementação da <i>Bundle</i> DPB; - Implementação da <i>Bundle</i> MORE; - Avaliação do <i>Delirium</i> através de Escalas validadas;
E7	Dijkstra et al/2023	Holanda	Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes	Identificar as intervenções e o <i>outcome</i> da participação das famílias na prestação de cuidados à Pessoa internada numa UCI	Revisão da Literatura	- Intervenções que podem ser realizadas pela família; - Envolvimento da família / <i>outcome</i> na pessoa; - Planificação da intervenção da família nos cuidados à pessoa;

2.3.6. Apresentação de Resultados

De forma a dar resposta à questão de investigação foi efetuado uma identificação das intervenções na prevenção do *Delirium* contempladas em cada estudo, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Identificação das Intervenções na prevenção do *Delirium*

Estudos	Intervenções de Enfermagem na prevenção do <i>Delirium</i>
E1	✓ Aplicação da ABCDEF <i>Bundle</i>; - A Avaliação, prevenção e controlo da dor; - B Coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontâneo; - C Seleção da sedo-analgesia; - D Avaliação, prevenção e controlo do <i>Delirium</i>; - E Mobilização precoce; - F Envolvimento da Família; ✓ Controlo do ambiente (ambiente tranquilo, luminosidade, ruído, orientação tempo e espaço); ✓ Mobilização precoce; ✓ Higiene do sono; ✓ Promoção de atividades de estímulo cognitivo; ✓ Minimizar e remover equipamentos não essenciais; ✓ Promover equipamentos de adaptação e diminuição da privação sensorial (óculos, aparelho auditivo); ✓ Envolvimento da família (promover a comunicação à família); ✓ Utilização de fármacos, dexmedetomidina, na prevenção do <i>Delirium</i>.
E2	✓ Dexmedetomidina como fármaco preferencial para a prevenção do <i>Delirium</i>; ✓ Protocolos de sedo-analgesia, priorizar a analgesia e posteriormente a sedação; ✓ Interrupções diárias de sedação.
E3	✓ Aplicação da ABCDEF <i>Bundle</i>; - A Avaliação, prevenção e controlo da dor; - B Coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontâneo; - C Seleção da sedo analgesia - D Avaliação, prevenção e controlo do <i>Delirium</i>; - E Mobilização precoce; - F Envolvimento da Família; ✓ Mobilização precoce; ✓ Envolvimento da família (promover a comunicação à família).
E4	✓ Mobilização precoce;

	✓ Envolvimento da família; ✓ Higiene do sono; ✓ Estimulação sensorial.
E5	✓ Controlo do ambiente (ambiente tranquilo, luminosidade, ruído, orientação tempo e espaço); ✓ Mobilização precoce; ✓ Higiene do sono; ✓ Promoção de atividades de estímulo cognitivo; ✓ Minimizar e remover equipamentos não essenciais; ✓ Promover equipamentos de adaptação e diminuição da privação sensorial (óculos, aparelho auditivo); ✓ Envolvimento da família;
E6	✓ Aplicação de Protocolos: - <i>ABCDEF Bundle</i>: A Avaliação, prevenção e controlo da dor; B Coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontâneo C Seleção da sedo analgesia; D Avaliação, prevenção e controlo do <i>Delirium</i>; E Mobilização precoce; F Envolvimento da Família; - Protocolo MORE (música, abertura/encerramento de persianas, reorientação/estimulação cognitiva); - <i>Bundle</i> DPB (Suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono). ✓ Controlo do ambiente (ambiente tranquilo, luminosidade, ruído, orientação tempo e espaço); ✓ Intervenção Terapêutica precoce; ✓ Promoção do Sono do sono; ✓ Avaliação cognitiva e orientação; ✓ Participação dos familiares; ✓ Ensino à pessoa/ família.
E7	✓ Planificação da Intervenção dos Familiares; ✓ Envolvimento dos familiares; ✓ Comunicação pessoa/família;

2.3.7. Discussão de Resultados

Com base nos artigos elencados conseguimos estratificar as intervenções de enfermagem na prevenção do *Delirium* nas seguintes categorias: Ambiente, Mobilização Precoce,

Higiene do Sono, Orientação e Estimulação Cognitiva e Sensorial, Protocolos, Intervenção Terapêutica Profilática e Envolvimento/Ensinos da Pessoa/Família.

No que concerne ao **ambiente**: providenciar abertura/ encerramento das persianas (E1, E5, E6), facilitar a musicoterapia (E5, E6), providenciar óculos e aparelhos auditivos, em caso de diminuição da acuidade visual e auditiva (E1, E4, E5, E6, E7), promover um ambiente harmonioso, face a sons e ruídos (E1, E5, E4, E6) e aromaterapia (E6).

Relativamente à **mobilização precoce** e exercício verificamos que grande parte dos estudos referem esta intervenção como essencial na prevenção do *Delirium* (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Liang et al. (2022) referem que os participantes no estudo consideram que um dos principais obstáculos nesta intervenção é a falta de recursos humanos. De forma a mobilizar convenientemente as pessoas, que muitas vezes apresentam inúmeros equipamentos na manutenção da sua vida, é necessária alguma disponibilidade de tempo e recursos.

No que concerne à **Higiene do Sono** vários estudos referem como primordial contribuir para que a pessoa tenha um ciclo de sono compatível com o ciclo circadiano (E3,E4), nomeadamente, proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável (E5,E6), facilitar luz adequada ao ciclo circadiano(E6), e redução do ruído (E1, E5, E6), providenciar indutores de sono se necessário (E6), evitar que a pessoa durma durante o dia e evitar procedimentos durante a noite (E6) e proporcionar tampões para os ouvidos (E4, E5,E6) e máscaras para os olhos, se necessário (E4, E5).

Relativamente à **Orientação e Estimulação Cognitiva e Sensorial** (E1, E4, E5, E6, E7), várias intervenções são sugeridas ao longo da leitura destes artigos, nomeadamente: Avaliar e Orientar a pessoa qual ao local e suas características, data/hora e o motivo pelo qual está internado na UCI (E1, E6); Identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados (E6); Explicar os sons ao seu redor (E6); disponibilizar mensagens áudio com voz familiar (E4, E5, E6); Providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditivo(E4,E6); Disponibilizar um calendário e relógios com monitor grande (E6); Potenciar a comunicação verbal/não verbal adequado à pessoa (E6);

Um dos fatores referenciados por vários estudos, concerne na necessidade da implementação de alguns **Protocolos** (E3, E4), nomeadamente, o protocolo MORE (música, abertura/encerramento de persianas, reorientação/estimulação cognitiva) (E6), a *bundle* ABCDEF (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração

espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação, monitorização do *Delirium*, mobilização precoce e envolvimento familiar) (E3,E5,E6)e a *Bundle* DPB (suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono)(E6).

Posteriormente, uma das categorias mencionadas **Intervenção Terapêutica Profilática**, no quais destacamos o seguinte: Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas (E3,E6); Prevenir situações de Hipo/ Hiperglicemias (E6); Proporcionar fármacos indutores de sono/ sedativos adequados à prevenção do *Delirium* preventivamente (E1,E2,E6), Remover cateteres desnecessários (E1, E3) e despistar sinais precoces de infeção (E3,E6),Proporcionar analgesia adequada (E1,E3,E5, E6); Monitorizar a eliminação vesical e prevenir a obstipação (E6),Minimizar as restrições físicas (apenas durante quadros de agitação severa, para proteção da pessoa) (E3,E6).

O **Envolvimento/Ensinos da Pessoa/Família** é um dos parâmetros mencionados por quase todos os estudos, (E1, E3, E4, E5, E6, E7) , de forma a potenciar o envolvimento da família/pessoas significativas na prestação de cuidados (E6, E7); Realizar um plano para desenvolver atividades com a família (E4, E7); Incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com a pessoa (E3, E4,E6, E7); Explicar à família quando ocorre o *Delirium*, e como se desenvolve (E6, E7).

Por último e apesar de não serem consideradas intervenções de enfermagem, conseguimos identificar vários temas que são abordados de forma quase transversal em diversos artigos, nomeadamente, a formação da equipa multidisciplinar. A formação acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções farmacológicas e não farmacológicas são alguns dos temas abordados pelos profissionais como relevantes para o conhecimento do *Delirium* e consequente prevenção (E1, E3, E4, E6). Referem ainda a necessidade de elaborar protocolos para ajustar a comunicação para que esta seja mais efetiva e clara, nomeadamente no E3, com o protocolo Speaks (Study of Patient- Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies). Esta necessidade surge cada vez mais uma vez que a PSC que se encontra internada em UCI está frequentemente entubada e mecanicamente ventilada, sendo desta forma mais difícil estabelecer uma comunicação válida e perceptível (Alexander, 2021).

A necessidade da avaliação do *Delirium*, com escalas devidamente validadas, apresenta-se como uma das categorias subjacente a todos os artigos, pela sua importância e

relevância (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7). Segundo Liang et al, (2022), alguns dos participantes neste estudo revelaram que não utilizavam nenhuma ferramenta para a avaliação do *Delirium*. Sendo que o reconhecimento do *Delirium* através de escalas devidamente validadas é a chave para a sua prevenção.

2.3.8. Nota conclusiva

Concluído este percurso de investigação é importante destacar algumas limitações identificadas ao longo do estudo, bem como apresentar recomendações para aprimorar futuras pesquisas.

Uma das limitações deste trabalho que foi identificada desde logo prende-se com o número e diversidade de bases de dados consultadas, bem como o fato de o estudo estar dependente da existência de publicações em repositório aberto ou nas bases de dados disponibilizados.

Embora as bases de dados utilizadas tenham uma abrangência considerável, não foram incluídas outras fontes. Isso levanta a questão se o alcance das publicações selecionadas com base nos critérios de inclusão foi suficientemente amplo.

A revisão pode estar sujeita ao “viés de publicação”, sendo provável que os estudos que tenham obtido resultados estatisticamente significativos sejam mais facilmente publicados. A língua, poderá, também, constituir uma possível limitação, uma vez que uma das estratégias utilizadas foi a restrição aos idiomas inglês, português e espanhol. Outra lacuna desta investigação foi durante a metodologia não ter sido incluída a última etapa de “consultar as partes interessadas”, recomendada pela JBI, uma vez que era inviável tratando-se de um relatório de estágio com limite temporal. Esta fase do processo seria uma mais-valia para este estudo, pois permitiria ampliar a sua validade, ao mesmo tempo que proporciona uma transmissão e permuta de conhecimento com a comunidade científica envolvida.

Existem ainda limitações inerentes à metodologia de *scoping review*, nomeadamente o fato de não se realizar uma avaliação sistemática da qualidade dos artigos incluídos. Isto impede que os resultados encontrados sejam usados como base para conclusões e, consequentemente, não possam ser utilizados para recomendar políticas ou práticas.

Em concordância, a maioria das referências identificadas apresenta um baixo nível de evidência, consistindo principalmente em revisões da literatura narrativa. Isso ressalta a importância de produzir conhecimento científico de alta qualidade nesta área de cuidados.

3. O CUIDAR ESPECIALIZADO

A reflexão sobre o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC está na base deste percurso. Assim, neste capítulo, pretende-se, inicialmente, fazer uma breve abordagem ao cuidar especializado, que engloba as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica numa perspetiva reflexiva e fundamentada, espelhando o desempenho das atividades e a aquisição de competências.

O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, e relativamente a um determinado contexto de intervenção, alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em coerência com a sua área de especialização (OE, 2010).

A competência em enfermagem é definida por Oliveira e Queirós (2015) como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança. Benner (2005), baseia a definição de competência na aprendizagem clínica e no conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. A mesma autora, enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

A crescente evolução do conhecimento científico, nas suas diversas vertentes do saber, nas quais se engloba a enfermagem, bem como a constante evolução tecnológica na prática dos cuidados de enfermagem, obrigam a uma formação contínua dos enfermeiros, de modo que estejam cada vez mais e mais bem preparados para responder às necessidades da população. Assim, o conhecimento na aquisição de novas competências e saberes revela ser um instrumento inerente no domínio específico da enfermagem (D'Oliveira, 2020). Desta forma, é crucial que os enfermeiros acompanhem a evolução dos conhecimentos, que invistam na formação, na aprendizagem e na aquisição de experiências várias, a fim de possuírem uma base de evidências científicas que sustentem os seus atos de enfermagem, uma vez que a enfermagem pressupõe uma complexidade de intervenções a serem realizadas e as quais devem ser sustentadas numa base de saberes técnico-científicos que possibilitem um correto planeamento e prestação de cuidados de enfermagem, bem como, a adequada identificação das necessidades da pessoa hospitalizada (D'Oliveira, 2020).

De acordo com Nunes (2010), o enfermeiro perito é o enfermeiro de referência para o processo de integração de novos enfermeiros, ou colegas, com ou sem experiência, uma vez que este revela capacidade para ensinar os outros, influenciando os mesmos a intervir em benefício da pessoa, pois sustenta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, utilizando como paradigmas de base situações vivenciadas, e agindo diretamente sobre o problema em questão.

Também Oliveira e Queirós (2015) afirmam que os enfermeiros são considerados peritos quando demonstram conhecimento aprofundado, distinguindo-se pela sua capacidade de liderança, supervisão e de promoção da mudança e pelas capacidades de comunicação e relacionais acrescidas, demonstrando também competência para de forma ponderada e sustentada, atuar, planificar, sistematizar e avaliar de forma consciente a execução de cuidados de enfermagem.

3.1. O Domínio do Cuidar: competências comuns

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, regulamento no 140/2019, p. 4745, afirma que devem existir:

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

Sendo que, estes devem ser detentores de conhecimentos aprofundados e de responsabilidades acrescidas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados; e das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

De seguida apresentamos as competências desenvolvidas sustentadas nas atividades realizadas durante o estágio de natureza profissional, que se apresentam segundo as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Enfermeiro Especialista “...demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando medidas de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação deontológica das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento nº 140/2019, p. 4746).

O princípio ético da vulnerabilidade descrito na Carta dos Direitos e Deveres do Homem da Declaração Universal dos Direitos do Homem afirma que as pessoas internadas constituem um grupo de maior vulnerabilidade e fragilidade, complementando, assim, os quatro princípios clássicos da bioética definidos por Beauchamp e Childress (2013), a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, sendo que estes são abordados no Código Deontológico dos enfermeiros. De facto, os cuidados de enfermagem especializados designadamente à PSC/família, exige o respeito pela dignidade da pessoa, assente em conhecimentos e competências no domínio ético–deontológico e legal. Neste sentido definiu-se o seguinte objetivo de estágio:

- Desenvolver consciência de responsabilidade profissional, ética-deontológica e legal na prática de cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica.

Ao longo do estágio, no desempenho de inúmeras e diversificadas atividades, impôs-se sempre o rigor ético-legal. Durante este percurso foram sempre apresentados à pessoa/família toda a informação relativa aos cuidados prestados e à sua situação clínica, mesmo quando o estado de consciência era vígil, de forma a respeitar a sua autonomia, liberdade e dignidade. De salientar que, sempre que possível, as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com a pessoa/ família.

O princípio da autonomia estabelece que a pessoa deva ter condições de exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer tipo de coerção. “A decisão ética de enfermagem lida frequentemente com um fundamento a ter em conta e que se inscreve na autonomia da pessoa, enquanto determinante da sua vontade” (Deodato, 2014, p. 97).

A comunicação verbal/ não verbal (ex.: toque terapêutico) é fulcral na prática dos cuidados, assim, como a promoção de um ambiente próximo da família, o que se torna por vezes um desafio dado a tecnologia do SMI. No entanto, existem diversas intervenções que facilitam um ambiente mais confortável (ex.: reajustes dos alarmes,

intensidade da luz, presença de um objeto pessoal ou de uma voz familiar, a promoção de uma higiene de sono adequada, a monitorização da dor ou de algum desconforto da PSC).

O enfermeiro confronta-se diversas vezes na resolução de determinados dilemas éticos com as certezas e inquietações do Outro e procura fundamentar as suas decisões no quadro valorativo real da pessoa (Deodato, 2014).

Na Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro tem o dever de “respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta, salvo disposição especial da lei” (REPE, 1996, p. 2962).

Do princípio da autonomia resultam os direitos à informação e à confidencialidade. Relativamente ao direito à informação, todo o indivíduo deve ser devidamente informado sobre todos os dados relativos à sua situação clínica, ao seu prognóstico, as suas implicações e terapêuticas alternativas com o objetivo de que tenha a possibilidade de escolher livremente com conhecimento de facto.

A dignidade humana deverá estar presente em todas as decisões e intervenções, e por isso constitui-se um pilar na prática diária dos profissionais de saúde, em particular na prática da enfermagem. O princípio da beneficência refere-se à condição de agir em prol do benefício dos outros, ou seja, fazer o bem ao outro. Uma ação beneficiante é aquela que se realiza em benefício dos outros e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de atuar em benefício dos outros e promover os seus interesses. As obrigações de fornecer benefícios, prever e eliminar danos e equilibrar os possíveis benefícios frente aos custos e possíveis prejuízos de uma ação são centrais para a ética biomédica (Beauchamp & Childress, 2013).

Mas quando a proposta da aplicação desses princípios entra em conflito com a vontade expressa da pessoa, então o valor que deve prevalecer, é o melhor para a pessoa, tal como esta o entenda (Almeida, 2007).

Segundo Deodato (2014), o enfermeiro decide com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a possa afetar negativamente, sendo que, a sua decisão procure que os efeitos da ação realizada não causem danos à pessoa.

O princípio da justiça que se centra na igualdade dos direitos de todas as pessoas, tem por principal impasse o facto de que também se deve afastar da igualdade de tratamento sempre que determinadas situações sejam diferentes. Sendo assim, faz parte da responsabilidade do enfermeiro, prestar cuidados a todas as pessoas sem qualquer

discriminação, abstendo-se de juízos de valor relativos aos comportamentos ou decisões de cada pessoa, não impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida. É da responsabilidade do enfermeiro, apoiar a pessoa nas suas decisões e servir de apoio ao esclarecimento de dúvidas e sempre que achar necessário, lembrar a pessoa que tem o direito de alterar a sua decisão quando assim o entender.

No Artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro – Do dever de sigilo, que acrescenta que o enfermeiro assume o dever de considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e família, assim como os seus direitos (OE, 2011).

A enfermagem, como ciência e arte do cuidar, é uma profissão que se centra no cuidado e no bem-estar do ser humano desde o nascimento até à morte, demonstrando o respeito pelos aspetos humanísticos da vida e pelos princípios científicos. Assim, assume-se o cuidar como ideal moral que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade humana (Almeida, 2007).

A enfermagem compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescidos das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, na investigação e na prática assistencial. A prestação de cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo vital, tendo como foco a promoção da saúde e o restabelecimento da saúde e do bem-estar, deve respeitar a individualidade de cada um, dentro do contexto social em que está inserido. O enfermeiro especialista tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa internada, bem como com os seus cuidadores, que facilita o processo de adaptação às perdas sucessivas, nomeadamente no agravamento do estado geral e até mesmo na morte (Arranja, 2014).

A excelência do exercício, diz respeito à meta de qualidade nos cuidados prestados, sendo que é reforçado na avaliação da qualidade dos cuidados, sendo realçado na dimensão moral do serviço que se presta e que os outros esperam dos enfermeiros. No que diz respeito ao enfermeiro especialista é expectável que desenvolva uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promova práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Desta forma, é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista, entre outras, ser uma referência relativamente às questões

éticas que possam surgir no seio da equipa de enfermagem. O enfermeiro especialista deve orientar a sua prática clínica baseada em princípios éticos e em caso de dúvida consultar os meios adequados e credíveis para se atualizar no sentido de apresentar tomadas de decisão assertivas na resolução de situações complexas, bem como, poder servir de referência aos pares e restante equipa multidisciplinar (OE, 2011).

Em síntese, com a consciência da responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, na defesa pelos direitos humanos e na procura da excelência do exercício profissional, foram desenvolvidas competências neste âmbito ao longo deste estágio.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O conceito de qualidade tem acompanhado a evolução do homem ao longo dos tempos e a área da saúde não é exceção. O conceito de qualidade tem sofrido algumas alterações e integrado novos significados, apesar da sua longevidade, onde os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros tiveram um papel fulcral no desempenho global dos enfermeiros, no exercício das suas funções (Neto et al, 2023).

A melhoria contínua da qualidade é também um dos pressupostos essenciais da responsabilidade do enfermeiro especialista. O processo assistencial em Saúde é indissociável do conceito de Qualidade e como tal a enfermagem deve elencá-lo na regulação do seu exercício profissional. Neste sentido definiu-se como objetivo de estágio:

- Desenvolver competências na implementação de cuidados de qualidade numa perspetiva de melhoria contínua.

O conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde é ubíquo e constitui uma exigência e uma prioridade na assistência prestada à pessoa/família/ cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm. O Plano Nacional para a segurança da pessoa 2015-2020 (Despacho nº 1400- A/2015 do MS), garante e reforça o acesso da pessoa/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis de prestação de cuidados, considerando como um direito fundamental e legítimo. Sendo que, os cuidados prestados para o cumprimento desse requisito devem ser sustentados na efetividade, na segurança, na eficiência, na equidade, na adequação e na otimização, que corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas dos cidadãos (DGS, 2015).

Sendo assim, é importante avaliar regularmente os serviços de saúde para que desta forma seja possível elencar eventuais fragilidades e potenciar oportunidades de melhoria. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo um processo complexo e dinâmico, deve ser o eixo orientador da prática dos profissionais de saúde.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas a satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

São elementos importantes na satisfação dos clientes, relacionadas com os processos de prestação de cuidados de enfermagem: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia; o estabelecimento de parcerias no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos; o empenho do enfermeiro para minimizar o impacto negativo que as alterações necessárias inerentes ao processo assistencial provocam (OE, 2001).

Em síntese, foram desenvolvidas competências na implementação de cuidados de qualidade, tendo como pressupostos uma constante análise e reflexão na prática do cuidar, sendo esta fundamentada com base na mais recente evidência científica.

3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos serviços de saúde tem diversos intervenientes, de entre os quais o enfermeiro que tem um papel preponderante neste âmbito. Uma das competências do enfermeiro especialista é gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde. Para além disso, deve adaptar a liderança e os recursos à situação e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

Neste sentido, definiu-se o seguinte objetivo de estágio:

- Desenvolver competências na gestão de cuidados e de recursos numa perspetiva de melhoria contínua.

A gestão dos cuidados define-se como um sistema que tem como principal fio condutor a autonomia e a individualidade dos profissionais com o objetivo comum a prestação de cuidados com qualidade (Siewert et al, 2017). Os mesmos autores, referem que para o desenvolvimento de uma gestão completa de cuidados, o enfermeiro deve planear os materiais e recursos necessários para a sua tomada de decisão, considerando sempre as necessidades e segurança da pessoa.

Durante o estágio foi possível, juntamente com a enfermeira orientadora, antecipar de uma forma mais pertinente todos os cuidados à PSC, tendo sempre por base um conhecimento baseado na última evidência científica. Para além disso, foi importante a realização de *debriefings* no final dos turnos, para discutirmos algumas intervenções à pessoa/família de forma a potenciar a prestação de cuidados.

Atendendo à importância comprovada da implementação da escala de *Delirium* na deteção e monitorização com vista à melhoria dos cuidados prestados, houve sempre a preocupação de elucidar e incentivar a equipa a incorporar o preenchimento da escala *ICDSC* nos procedimentos diários de assistência à pessoa. A par disso o reforço à equipa multidisciplinar do fácil acesso da escala e o preenchimento simplificado foram estratégias que ajudaram concomitantemente a compreender melhor a relevância da escala e a implementação da mesma na rotina diária dos cuidados.

A praxis autónoma da profissão de enfermagem tem várias dimensões, sendo uma delas a gestão de recursos e materiais. A gestão de recursos humanos é uma função dos gestores de cada serviço. Este é um trabalho diário, que inclui a coordenação das capacidades e dos conhecimentos de toda a equipa, de forma a alcançar os objetivos estabelecidos, potenciando a qualidade dos cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013). Os mesmos autores referem ainda que o enfermeiro-chefe tem um papel fundamental enquanto líder da equipa, uma vez que este deve ser um elemento potenciador de motivação da sua equipa, para que desta forma se reflita no bom funcionamento do serviço.

Ao longo deste estágio foi muito pertinente o acompanhamento do enfermeiro gestor e da enfermeira responsável, uma vez que me permitiu perceber a complexidade na gestão e organização de uma unidade desta natureza. Durante este período e juntamente com o enfermeiro chefe, ajudamos na realização do plano de férias e no horário mensal de setembro. Constatei a complexidade da realização do horário dada a existência de alguns

horários flexíveis, o que nem sempre é fácil para tornar um horário equitativo para todos os enfermeiros.

Segundo Nunes, (2016) de forma análoga à prestação dos cuidados às pessoas, também a gestão dos recursos humanos deve ser otimizada de forma a se conseguir o seu expoente máximo. Segundo Ribeiro (2018), o principal recurso existente num grupo laboral é o ser humano, onde a motivação assume um papel importante para elevar o seu nível de eficiência. Desta forma, a liderança assume um papel fulcral na gestão, uma vez que a liderança é um papel interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos (Ribeiro et al, 2018).

Outro parâmetro observado foi a composição da equipa de enfermagem que nos permite identificar que esta ainda não possui o nível exigido pelo regulamento das dotações seguras, definida pela OE, estando bastante aquém deste pressuposto. “Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros EEM, preferencialmente na área da enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24H, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.” (Regulamento nº 743/2019, p. 145).

Em suma, as competências desenvolvidas na gestão dos cuidados e nos recursos foram uma maior consciencialização da importância de existirem métodos de organização e trabalho apropriados, da gestão de recursos humanos e materiais, utilizando-os de forma eficiente e ainda da promoção de um ambiente de trabalho positivo e benéfico que reconhece as funções e papéis dos diferentes elementos da equipa e os motiva para um melhor e mais diferenciado desempenho.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A evolução tecnológica dos processos de diagnóstico e de terapêutica, assim como a modernização das organizações de saúde, impuseram uma maior complexidade na prestação de cuidados, exigindo dos profissionais mais e melhores recursos para o seu desempenho. Esta transformação gradual tem obrigado a mudanças significativas no seio das dinâmicas de trabalho das equipas de saúde, circunstâncias a que as diferentes profissões da saúde têm procurado corresponder (DGS, 2015).

A profissão de enfermagem, fruto destas e de muitas outras circunstâncias, tem sido, entre todas as restantes profissões na área da saúde, das que maior evolução e desenvolvimento

têm sofrido nas últimas décadas. A relevância que ocupa no seio das organizações de saúde em geral, e o significado que tem para o cidadão em particular, revela o sucesso com que tem correspondido aos desafios já descritos. Os desenvolvimentos alcançados, quer no plano regulatório, quer no plano formativo, foram decisivos e estão na origem na modernização da profissão e no desenvolvimento técnico-científico da disciplina (Amendoeira, 2004).

Neste contexto, o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019, 2019) preconiza o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que o Enfermeiro Especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento e alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, pelo que se definiu o seguinte objetivo de estágio:

- Desenvolver a capacidade de integrar e transmitir conhecimentos técnico-científicos, humanos e éticos, provenientes de referenciais teóricos de qualidade e na melhor evidência.

Com a constante modificação da sociedade onde estamos inseridos, torna-se necessária uma igual mudança nos profissionais de saúde, tendo estes que estar gradualmente mais bem preparados para responder às solicitações das necessidades da população. Desta forma, surge a necessidade de acompanharmos a evolução dos conhecimentos, usando a formação como arma, valendo-nos da evidência científica que sustente a nossa ação enquanto enfermeiros, no sentido de evoluirmos de *“iniciantes a peritos”*, ou seja, como Patrícia Benner (2005) sugere que, os enfermeiros desenvolvem habilidades e uma compreensão do cuidado da pessoa a partir da combinação de uma forte base educacional e experiências pessoais”.

A formação em serviço constitui uma pedra basilar nas organizações de saúde, traduzindo-se num desenvolvimento de conhecimento e aprendizagem individual ao longo de toda a vida ativa. O conceito de formação em serviço evoluiu ao longo do tempo, sendo que, atualmente é um conceito dinâmico, interativo, que envolve não só os seus utilizadores, mas também os prestadores de cuidados, no âmbito da produção de conhecimento e consequentemente o contexto ambiental, social e cultural em que os mesmos são prestados, o que vai determinar o grau de excelência desejado (Marques, 2021).

A nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao longo do estágio assim como de todo o mestrado foi necessário um aprofundamento de conhecimentos baseados numa constante revisão da literatura, tendo em conta a última evidência científica, de forma a sustentar toda a prestação de cuidados à pessoa/família. Tendo por base este pressuposto, o enfermeiro especialista deve ser um dos elementos dinamizadores da formação em serviço, e como tal, decorrente da avaliação e diagnóstico de necessidades do serviço, foram planeadas duas atividades formativas (Apêndice 1) onde foi abordado o tema do “*Delirium*”, assim como a sua avaliação e estratégias e intervenções na sua prevenção. Esta sessão de formação decorreu no dia 17 de novembro de 2023, às 16H, na sala de formação da UCI, tendo sido apresentada aos novos elementos da equipa de enfermagem, e no dia 29 de novembro de 2023 pelas 14H30, após a passagem de turno, numa sessão formativa integrada no *Journal Club*, para os elementos da equipa que se encontravam a trabalhar nesse período, tendo a duração de 45 minutos e tendo sido utilizado uma apresentação em PowerPoint (Apêndice 2).

O plano de formação previamente definido foi cumprido. Inicialmente foi realizada uma pequena introdução onde foi apresentado aos enfermeiros presentes, o contexto e os objetivos da formação, passando-se seguidamente à exposição da problemática, fatores de risco, fisiopatologia, escalas do *Delirium* e por último intervenções na prevenção do *Delirium* na PSC internada numa UCI. Concluiu-se a atividade formativa com algumas considerações gerais e com o reforço da importância da avaliação do *Delirium*, com a escala utilizada no serviço a *ISCDC*, assim como o papel fundamental dos enfermeiros na prevenção desta problemática. Houve ainda lugar para a partilha de opiniões entre os elementos presentes de forma a promover a reflexão acerca deste tema e desta forma tornar a atividade mais enriquecedora.

O processo de avaliação é complexo e contempla várias vertentes de análise e reflexão, que ocorre de forma contínua e permite uma retroação de forma a facilitar a redefinição da análise de situação, dos objetivos, das ações, assim como a análise dos resultados (Ruivo et al, 2010).

De forma a avaliar a atividade formativa e o formador, foi elaborado um questionário anónimo, com seis questões de escolha múltipla e uma resposta aberta que foi aplicada aos enfermeiros que assistiram à formação através da Plataforma *Google Forms* (Apêndice 3).

O questionário aplicado permitiu questionar os participantes sobre a atividade formativa, nomeadamente: face aos conteúdos da formação, aquisição de novos conhecimentos, se os conteúdos expostos potenciam o desempenho profissional, quanto ao tempo de duração da sessão, domínio e clareza do formador e quanto ao método utilizado. No final, foi apresentada uma questão de resposta aberta, para avaliar a razão pela qual os participantes consideram pertinente o estudo do *Delirium* na PSC internada em UCI (Apêndice 4 e Apêndice 5).

Relativamente à última questão do inquérito, foram várias as respostas sobre a importância do *Delirium* e quanto este tema está subvalorizado, sendo que os enfermeiros reconhecem a necessidade da sua avaliação e na implementação de intervenções preventivas, para uma consequente melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Analisando as respostas obtidas pelos enfermeiros da UCI onde decorreu o estágio e comparando com o referencial teórico, conseguimos concluir que estão em concordância.

Em suma, as competências desenvolvidas no âmbito das aprendizagens profissionais foram a necessidade de uma constante análise e reflexão na prática do cuidar, sendo que esta tem de ser imperativamente e cada vez mais fundamentada com base na mais recente evidência científica.

3.2. O Domínio do Cuidar: Competências específicas

Os EMC concomitantemente com os Enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências entre si e obedecem depois a um conjunto de competências específicas mediante a sua área de intervenção. Considerando a vasta abrangência da EMC, destacam-se diversas áreas de enfermagem: 1) área da enfermagem à Pessoa em Situação crítica; 2) área da enfermagem à Pessoa em Situação paliativa; área da enfermagem à Pessoa em situação Peri-operatório; área da enfermagem à Pessoa em Situação crónica (Regulamento ° 429/2018). Neste capítulo importa ressaltar o papel do enfermeiro especialista em EMC à PSC assim como os modelos que devem nortear as suas boas práticas.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica (Regulamento n ° 124/2011, 2011, Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10), os cuidados são:

“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.

De acordo com a OE, a enfermagem especializada em cuidados à PSC procura dar resposta à prestação de cuidados altamente qualificados, de forma contínua, à pessoa com doença ou alteração em uma ou mais funções vitais, de forma a responder às necessidades afetadas, e desta forma, manter as funções vitais e básicas para a vida. Assim sendo, o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, deve ser detentor de um conhecimento aprofundado, baseado na evidência empírica mais atual, que lhe permita delinear um julgamento clínico e uma toma de decisão sustentada face à existência de necessidades que a pessoa possa apresentar, decorrentes da vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica (OE, 2011).

De seguida apresentamos as competências desenvolvidas sustentadas nas atividades realizadas durante o estágio de natureza profissional, que se apresentam segundo as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC.

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

No Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011, a OE, define os cuidados de enfermagem, como cuidados prestados de modo continuado à pessoa que apresente, pelo menos, uma função vital em risco, de forma a dar resposta às necessidades identificadas, preservando as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações associadas, com vista à recuperação total, limitando a capacidade da pessoa. Neste sentido, definiu-se o seguinte objetivo de estágio:

- Desenvolver competências na conceção de cuidados técnico-científicos, éticos e humanos, especializados à PSC, sustentados na melhor evidência científica.

Em contexto de cuidados em UCI, os cuidados de enfermagem decorrem num contínuo de ações e procedimentos, quer do ponto de visto humano como instrumental, que permitem a monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, de acordo com as necessidades da pessoa, 24 horas por dia, permitindo uma monitorização contínua e invasiva pela presença de equipa interdisciplinar (Pereira, 2017).

O ambiente vivenciado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos é considerado como potencialmente hostil, tendo em conta a vulnerabilidade da PSC, e até mesmo da sua família ou convivente significativo, por despertar o desenvolvimento e agravamento da ansiedade, confusão, delírio, dor e perturbações do sono (Pereira, 2017).

Desta forma, o EEEMCPSC, deve manifestar a sua função enquanto elo integrante do sistema de saúde, demonstrando que a sua prática é crucial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, para a melhoria da saúde, bem como da qualidade de vida das pessoas.

Ao longo do meu percurso na UCI, tive a oportunidade de contactar novamente com determinados equipamentos/ procedimentos, que não sendo novos para mim, tive que me adaptar às dinâmicas e protocolos instituídos no serviço. Deste modo, colaborei e prestei cuidados diferenciados e especializados à PSC com base nos problemas/diagnósticos identificados, gerindo os cuidados através da monitorização contínua da PSC, identificando potenciais focos de instabilidade, assim como prioridades de atuação.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem, a abrangerem diferentes cenários e tipologias de doenças distintas, que exigiram sustentação teórica conseguida a partir de pesquisas bibliográficas, da consulta de protocolos e procedimentos específicos e com tutoria da enfermeira orientadora para consolidação dos aprendizados. De entre as diversas situações vivenciadas, destaca-se o cuidado à pessoa com sépsis, com insuficiência respiratória grave, à pessoa com patologia do foro neurocrítico e cirúrgico, o cuidado à pessoa pós PCR, assim como, o cuidado à pessoa em morte cerebral com potencial para doação de órgãos e tecidos.

O EEEEMCPSC presta cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Durante este estágio, tive a oportunidade de acompanhar a equipa de EEMI numa situação de peri-paragem numa unidade de Neurocirurgia, onde foi possível reverter o quadro, transportar e estabilizar a PSC para a UCI. “As taxas de sobrevivência verificadas, em situações em que a prontidão da resposta intra-hospitalar permitiu intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após a paragem cardiorrespiratória, são significativamente superiores.” (Diário da República despacho nº 9639/2018 de 15 de outubro, p. 27533).

Tendo como premissa a atuação proativa, em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade dos problemas de saúde e as respostas necessárias, a participação ativa como enfermeira especialista, na assistência à PSC, nesta situação, foi extremamente enriquecedora, uma vez que permitiu responder atempadamente, mobilizar conhecimentos e adquirir habilidades múltiplas, essenciais para dar a melhor resposta às necessidades da pessoa/ família.

O acolhimento à PSC é sempre um momento de grande complexidade pela instabilidade hemodinâmica que esta apresenta e pela necessidade de uma abordagem estruturada com vista à sua estabilização, sendo que a avaliação deverá ser realizada de acordo com a metodologia ABCDE: A- *Airway* (avaliação da via aérea); B: *Breathing* (ventilação); C: *Circulation* (Circulação); D: *Disability* (Estado Neurológico) e E: *Exposure* (Exposição). Para além destes parâmetros deve ser também avaliado, segundo a minha opinião, o F: (Envolvimento da Família), sendo este parâmetro um dos mais importantes no processo terapêutico da PSC. Segundo Skoog et al, (2016) e Dijkstra et al, (2023) a participação da família está diretamente associada a uma redução significativa de sintomas de ansiedade, e perturbações pós-traumáticas.

A família, enquanto nossa parceira, deve ser incluída no processo terapêutico por ser também alvo dos nossos cuidados. O objetivo dos cuidados é a promoção da saúde na família, pela ativação do seu processo de aprendizagem e influência mútua. O enfermeiro age como agente facilitador, estimulador e motivador face à aprendizagem, recorrendo à negociação, colaboração e coordenação com a família.

O EEEMCPSC deve 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” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363).

Tendo em conta estas orientações, e face á luz da evidência científica onde os ganhos em saúde pela presença da família na prestação dos cuidados à PSC é evidente, foi fulcral o envolvimento da família, acolhendo-a de forma empática, proporcionando informações sobre o seu familiar, tentando sempre tranquilizá-la, apoiá-la e orientá-la da melhor forma possível, procurando diminuir a angústia e a incerteza que a situação clínica lhes provocava.

A PSC, necessita permanentemente de cuidados de enfermagem, por se encontrarem na maior parte das vezes em risco de vida sendo que as quatro dimensões do conforto defendidas pela teoria do conforto de Kolcaba (2003) podem ficar comprometidas, sendo elas: física (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à consciência de si próprio), sociocultural (no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais) e o contexto ambiental (que inclui aspetos como a luminosidade, o ruído e a temperatura) (Kolcaba, 2003).

Desta forma, o EEEMCPSC deve realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Sendo que, atualmente, os enfermeiros têm ao seu dispor vários recursos para aliviar o desconforto dos utentes, no entanto requer uma abordagem sistémica do problema, a realização do processo de enfermagem com as medidas que possam ser selecionadas para promover o conforto do utente pode ser determinante para recuperar rapidamente o seu estado de saúde (Silva et al, 2013).

Diversos autores estudaram o conforto, destacam que as estratégias promotoras de conforto têm um impacto positivo na vivência da situação crítica, assim como no tratamento, aumentando a capacidade de recuperação da pessoa (Kolkaba, 2003).

O posicionamento da PSC assume uma grande importância no contexto de uma UCI, para além da prevenção óbvia do aparecimento de lesões por pressão, a repercussão hemodinâmica na pessoa é de extrema importância, sendo por vezes difícil encontrar uma

forma de manter o estado hemodinâmico e cumprir com o alívio das zonas de pressão (Mezidi & Guérin, 2018). Ao longo da prática clínica este aspeto foi sempre considerado, no entanto, sempre que possível a pessoa foi colocada na sua posição de conforto. A prestação de cuidados a pessoas em decúbito ventral também foi abordada durante o estágio. A colocação da pessoa nesta posição assume um momento de tensão para toda a equipa dada a complexidade técnica que é trocar todos os dispositivos invasivos e monitorização aquando da alteração de decúbito, mas com planeamento e sistematização é possível promover o bem-estar da pessoa e o seu equilíbrio.

Segundo a *International Association for the study of pain*, definiram a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, a danos reais ou potenciais, descrita em termos de tais lesões.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), a dor na PSC é comum, sendo a sua gestão um grande desafio. Embora os profissionais de saúde estejam sensíveis da vulnerabilidade da pessoa e dos procedimentos que estes experienciam, frequentemente subestimam a dor.

A gestão e controlo da dor na PSC implica uma vigilância e monitorização que requerem escalas de monitorização de dor. Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor, implementar intervenções para o alívio da dor e avaliar a sua eficácia (Teixeira, 2016).

A dificuldade na monitorização da dor na PSC atribui-se preferencialmente com alterações da consciência, por sedação ou não e por alterações na comunicação verbal. Na PSC o enfermeiro baseia-se na observação de indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, sendo que as escalas que contemplam estes indicadores são denominadas de escalas comportamentais da dor (Teixeira, 2016).

Pela importância da sua repercussão na saúde das pessoas, a DGS estabeleceu a Dor como 5º sinal vital, contemplando que a mesma deve ser avaliada e registada ao mesmo tempo que os outros sinais vitais como norma de boas práticas, pelo que os enfermeiros devem sistematicamente valorizar, diagnosticar, avaliar e registar regularmente a presença e a intensidade da dor (OE, 2008).

Na UCI a escala de Dor mais utilizada é a BPS (*Behavior Pain Scale*). A BPS faz a avaliação da Dor através na PSC através de três indicadores: expressão facial (avalia o modo como a face da pessoa se apresenta); movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação (Anexo 5). Cada indicador apresenta quatro descrições, que

corresponderá a uma pontuação que irá variar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa). Sendo que a pontuação > 3 a pessoa necessita de uma intervenção para o alívio da dor.

O EEEMCPSC garante a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnóstica precocemente as complicações resultantes e implementa respostas de enfermagem apropriadas a complicações (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Ciente da complexidade associada aos protocolos terapêuticos procurou-se implementar práticas seguras, fomentar uma cultura de segurança e comunicação, diagnosticando precocemente complicações advindas da implementação desses protocolos e instituindo respostas convenientes, monitorizando e avaliando a sua adequação.

O EEEMCEPSC assume especial relevo na execução de cuidados técnicos de alta complexidade. Neste sentido e além da monitorização e vigilância da pessoa, foram prestados cuidados no âmbito da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, do desmame ventilatório e da extubação, das técnicas de substituição renal, da nutrição entérica e parentérica, do tratamento de feridas, dos cuidados de higiene e conforto da pessoa sedada, ventilada e monitorizada, assim como, se colaborou, de igual forma, com a equipa médica, em procedimentos e técnicas terapêuticas complexas que envolveram a colocação de dispositivos de monitorização invasiva, entre outros.

O EEEMCPSC *“demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador”* (Regulamento nº 429/2018, 2018, pág. 19363).

A certificação da morte cerebral requer a cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade. Para o diagnóstico de morte cerebral, são necessários os seguintes critérios: 1) conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; 2) estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) ausência de respiração espontânea; 4) constatação de estabilidade hemodinâmica e de ausência de hipotermia, alterações endócrinas-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas anteriormente (Diário da República, despacho normativo nº 713/ 94).

A intervenção do enfermeiro especialista centra-se em dois eixos, por um lado, os conhecimentos e competências para manter a estabilidade hemodinâmica do dador e a

viabilidade dos órgãos a transplantar e, por outro lado, a competência relacional para dar suporte emocional à família.

Na manutenção do potencial dador preconiza-se o seguinte: estabilização hemodinâmica com monitorização e prevenção da hipotensão, hipertensão, arritmias e PCR, controlo da pressão arterial com o objetivo de garantir a perfusão correta dos órgãos; manutenção dos eletrólitos: monitorização e correção da hipocalcemia, hipercalcemia, hiponatremia e hipernatremia; manutenção da temperatura corporal num intervalo fisiológico, ou seja, acima dos 34°C; manutenção endócrina: monitorizar os efeitos clínicos e prevenir alterações no eixo hipotálamo-hipófise-tiroideia e hipotálamo-hipófise, por conseguinte a diabetes insípida, e alterações no metabolismo da glicose; monitorização e correção de coagulopatias; VMI adequada; manutenção da função renal , prevenindo oligúria e poliúria (Kotloff et al, 2015).

Com o intuito de promover o processo de monitorização hemodinâmica do dador de órgãos e tecidos por todos os intervenientes neste processo, foi estabelecida uma regra facilitadora de objetivação de monitorização, denominada de regra dos 100, que cumpre com os objetivos standard de forma resumida, e envolve: pressão arterial sistólica (PAS) > 100, débito urinário > 100 ml/h, pressão arterial de oxigénio (PaO₂) > 100 mmHg, concentração de hemoglobina > 100 g/L, glicemia capilar 100% normal (120-180 mg/dl) (McKeown et al, 2012).

Em suma, as competências desenvolvidas no âmbito conceção de cuidados técnico-científicos, éticos e humanos, especializados à PSC, foram sustentados na melhor evidência científica e permitiram desenvolver competências cognitivas, reflexivas e relacionais, com a finalidade de promover uma prática profissional responsável, segundo padrões ético-legais em vigor que contribuam de modo significativo para a qualidade dos cuidados prestados e a obtenção de ganhos em saúde da pessoa/família, pautando o exercício profissional por uma prática de cuidados promotora da dignidade da pessoa humana.

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

O mundo tornou-se cada vez mais complexo, verificando-se cada vez mais, um aumento do número e da magnitude das catástrofes. As mudanças climáticas, os conflitos humanos

e as doenças infecciosas são cada vez mais intervenientes num cenário de saúde em rápida evolução, desencadeando um número crescente de eventos de exceção e/ou catástrofe (Veenema et al., 2017).

A catástrofe é definida pela lei de Bases da Proteção Civil – Decreto Lei nº 27/2006, artigo 3º, como *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”*.

Neste sentido, definiu-se como objetivo de estágio:

- Desenvolver competências relacionadas com as medidas de resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EEEMCPSC, planeia, concebe e gere de forma sistematizada e pronta, no sentido de potenciar a sua eficácia e eficiência (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Segundo Ribeiro (2010), se os acidentes e os desastres se referem a acontecimentos limitados em termos de espaço, de pessoas envolvidas e de efeitos, já os cataclismos e as catástrofes referem-se a acontecimentos que envolvam espaços e efeitos tão vastos, que são á partida inimagináveis.

Portugal, à semelhança de outros países, tem uma experiência muito limitada na resposta a uma catástrofe (Santos e Dixe, 2017).

Perante um evento desta natureza, para além de uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o fator chave para uma resposta estruturada, reside nos profissionais de saúde, que devem dispor de conhecimentos quanto ao seu planeamento e operacionalização do plano de emergência, aliado ao treino, à formação específica de preparação para situações de catástrofe (Vieira et al, 2015; Veenema et al., 2017).

Considerando os enfermeiros a maior comunidade profissional e científica no âmbito da saúde, com responsabilidades inerentes ao bom funcionamento do sistema de saúde, integrando as equipas multidisciplinares que assistem as vítimas de catástrofes, torna-se imperativo assumir competências específicas nesta área (Vieira et al, 2015).

De forma a minimizar possíveis consequências, a preparação e existência de enfermeiros dotados de conhecimentos, competências e habilidades são essenciais para responder de forma atempada a estes eventos de larga escala (Veenema et al., 2017).

Sendo assim, torna-se fulcral que os enfermeiros: possuam conhecimentos, competências e habilidades essenciais de forma a dar uma resposta em situações de emergência, exceção e saúde pública; responder diretamente ou fornecer suporte indireto durante um evento de catástrofe ou situação de exceção; promover a preparação a pessoas singulares, famílias e comunidades, dentro das organizações que representam; e demonstrar empenho na realização de planos de intervenção, assim como na formação e treino sistematizado neste domínio de ação (Veenema et al., 2016).

Neste estágio clínico determinou-se a necessidade de conhecer o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (Assembleia da República, 2020) bem como o plano de resposta a multivítimas do hospital que tem como finalidade responder eficazmente a uma situação de catástrofe e exceção através de 1) identificação de riscos vulneráveis; 2) identificação de meios e recursos; 3) estabelecimento de critérios e procedimentos a usar; 4) articulação de meios internos com meios externos de apoio e socorro; 5) evitar a duplicidade de erros, meios e omissões; 6) possibilitar a formação e treino de todos os profissionais através de simulacros.

Em suma, durante o estágio não ocorreram situações de exceção, catástrofe ou multivítimas, no entanto, destaco a consulta do plano de emergência do hospital, uma vez que a dinamização da resposta em situação de catástrofe e emergência multivítima é uma das competências específicas do EEEMCPSC. A existência de um plano destes, bem como o seu conhecimento é fundamental para a agilização nas situações lá contempladas.

A importância do EEEMCPSC em situações de exceção/catástrofes é fundamental, pois este profissional possui conhecimentos e habilidades específicas para atuar em situações de emergência, desastres naturais, acidentes de grande magnitude e crises humanitárias, tendo como competências uma grande abrangência que vai desde o planeamento e coordenação de respostas até a assistência direta à pessoa/família.

3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação

A OMS, em 2014 no primeiro relatório de vigilância global referiu que a resistência antimicrobiana era um problema de saúde pública que afeta diretamente a qualidade dos cuidados, tendo custos elevados para os sistemas de saúde, sendo uma ameaça real à segurança das pessoas. Assim, as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Neste sentido, definiu-se como objetivo de estágio:

- Desenvolver competências relacionadas com as medidas de prevenção e controlo da infeção da PSC.

Um dos focos deste estágio, foi sem dúvida a atenção e prestação de cuidados seguros, designadamente através da implementação rigorosa de todos os procedimentos e protocolos implementados para o combate a IACS.

A OE, atribui ao EEEMC, um leque de competências neste foco de atenção cujo exercício objetiva intervenções na maximização da prevenção e no controlo da infeção (OE, 2018). Estas competências incrementam a qualidade dos cuidados e melhoram os indicadores de resultado, para além de se demonstrarem relevantes na diminuição da resistência a antimicrobianos, pelo aumento e pela atenção ao cumprimento das boas práticas.

É uma das competências do EEEMCPSC conceber um plano de prevenção e de controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica e liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tem vindo a incentivar a adesão das unidades de saúde à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Estas regras de boas práticas têm vindo a melhorar os resultados nesta área, com as taxas de adesão gradualmente a elevar-se desde a sua implementação. Esta estratégia conta com a melhoria em dez padrões de qualidade, a saber: 1. Avaliação individual do risco de infeção na admissão da pessoa e colocação/isolamento das pessoas; 2. Higiene das mãos; 3. Etiqueta respiratória; 4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI); 5. Descontaminação do equipamento clínico; 6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; 7. Manuseamento seguro da roupa; 8. Gestão adequada dos resíduos; 9. Práticas seguras

na preparação e administração de injetáveis; 10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Todavia, tem-se verificado alguma carência na implementação local destas estratégias, com enfoque na formação profissional e na liderança de ações de motivação e envolvimento. Os enfermeiros têm demonstrado altos níveis de empenho, graças ao contributo singular dos enfermeiros especialistas. Desta forma, acresce à responsabilidade dos enfermeiros, como resultado da posição que ocupam no processo de prestação de cuidados à pessoa, quer pela proximidade e intensidade de contatos, quer pela natureza e particularidade do mandato social da profissão, vinculada à garantia de cuidados de qualidade e em segurança (OE, 2011).

Apesar dos avanços da medicina moderna e dos cuidados prestados nas UCI, a incidência de infeções grave e de sépsis continua a aumentar nos dias de hoje. Estudos internacionais recentes em UCI demonstraram que 60% das pessoas internadas apresentavam critérios clínicos de infeção, e que esta condição representa um preditor independente de mortalidade. O risco de infeção em geral, e a infeção por um microrganismo resistente em particular, demonstraram ser responsáveis pelo aumento de dias de internamento nestas unidades (Vincent et al., 2009).

A prevalência das IACS nas UCI está diretamente relacionada com algumas características definidoras do perfil das pessoas internados nesse ambiente clínico. Comparado com as pessoas internadas noutros contextos hospitalares, a PSC nas UCI apresenta mais comorbilidades, têm apresentações agudas de maior severidade, estão frequentemente imunodeprimidos, são sujeitos a técnicas diagnósticas e terapêuticas mais invasivas, e a maior pressão seletiva e de colonização por bactérias multirresistentes (Vincent et al., 2009).

As infeções mais relevantes e comuns em UCI estão associadas aos dispositivos de suporte clínico, dos quais se destacam as infeções de corrente sanguínea associadas a dispositivos intravasculares, as pneumonias associadas ao ventilador e as infeções do trato urinário associadas à algaliação. A associação com outros fatores, como a idade avançada, o internamento prolongado, a necessidade de cuidados de múltiplos profissionais de saúde e diferentes serviços durante o internamento, o prolongamento da presença dos dispositivos invasivos, cirurgias recentes e a necessidade de antibioterapia anterior ao

internamento, aumentam substancialmente o risco de contrair uma IACS (Vincente t al., 2009).

A estratégia de prevenção deste flagelo, principalmente no contexto das UCI, passa por atuar em dois domínios distintos: a redução da pressão seletiva, melhorando a eficácia e a utilização da antibioterapia; e a redução da pressão de colonização, implementando eficazmente o controlo da infeção. As abordagens que combinam estratégias nestes dois domínios provaram ser mais eficazes (Teerawattanapong et al., 2017).

As estratégias para evitar o surgimento de organismos multirresistentes que não envolvem alterações na utilização antimicrobiana, com impacto na pressão seletiva, envolvem principalmente medidas de controlo da infeção, com impacto na pressão de colonização e de transmissão entre pessoas hospitalizadas. A adesão à higiene das mãos, o banho diário com clorexidina (nos contextos cirúrgicos), e a implementação de estratégias específicas de gestão de dispositivos invasivos, são medidas que devem ser implementadas rotineiramente em todas as PSC internadas numa UCI. As precauções de contacto em pessoas infetadas ou colonizadas com organismos resistentes, ou as estratégias de isolamento protocolado são medidas comprovadamente eficazes. A vigilância dos organismos resistentes aos antimicrobianos é crucial na identificação e controle de epidemias e das taxas endêmicas de resistência. Aumentar a regulamentação, o acompanhamento e os processos de limpeza ambiental são uma medida necessária para conter a propagação de organismos multirresistentes nestas unidades (Strich e Palmore, 2017).

Em Portugal, o programa para a vigilância das IACS em UCI está integrado na rede europeia de vigilância das infeções do ECDC (*European Center for Disease Prevention and Control*) e adota o seu protocolo de consenso.

Este programa estuda as quatro principais IACS em UCI: Pneumonia associada à Intubação (PAI); infeção urinária associada ao cateter urinário, Infeção da corrente sanguínea associada ao CVC e infeção associada ao local cirúrgico (DGS, 2022).

A DGS apresenta os "feixes de intervenção" como um conjunto de medidas baseadas em evidências científicas, implementadas de forma sistemática para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde, especialmente em UCI. A DGS tem desenvolvido normas específicas para orientar a aplicação desses feixes em contextos clínicos (DGS, 2022).

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação

A DGS estabeleceu uma norma que define os elementos do “feixe de intervenções” para prevenir a PAI. Na pessoa submetida a intubação endotraqueal, devem ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

- Utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentar em processo clínico;
- Realizar diariamente provas de ventilação espontânea à pessoa candidata a extubação;
- Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°;
- Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam em UCI mais de 48 horas e documentar em processo clínico;
- Manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita monitorizando a sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h.

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção Associada a Cateter Urinário

Na Pessoa submetida a cateterização vesical, para prevenir a infecção associada a cateterismo vesical devem ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

- Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a sua utilização;
- Cumprir a técnica assética para a colocação do procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem;
- Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado;
- Realizar a higiene diária do meato urinário, pela pessoa ou pelos profissionais de saúde, com a ação de educação para a saúde, dirigida à pessoa/cuidador/família, sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada ao cateterismo vesical;

- Manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade;
- Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter.

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção relacionada com o cateter vascular central

Na pessoa submetida a CVC, no momento da colocação deste dispositivo, têm de ser implementadas de forma integrada, cinco intervenções:

- Garantir o treino e a competência na avaliação e colocação do CVC: antes da colocação de CVC deve ser avaliada a necessidade da sua utilização e registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, seleccionar o CVC com o número mínimo de lúmen adequado à situação da pessoa;
- Realizar a Higiene das Mãos: na avaliação do local de punção e antes da descontaminação da pele, os profissionais de saúde devem efetuar a Higiene das Mãos antes do contacto com o local de punção;
- Usar barreira de proteção máxima: precauções de barreira máxima (bata e luvas estéreis, touca e máscara) por profissional de saúde. Os campos cirúrgicos estéreis devem ser de grande dimensão, de modo a cobrir a maior parte da superfície corporal da pessoa;
- Realizar antissepsia da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool: garantir que a pele se encontra limpa antes da desinfeção; friccionar a pele com CHD a 2% em álcool e deixar secar antes da punção. Em pele não íntegra utilizar solução antisséptica aquosa, garantindo tempos de secagem de pelo menos 2 minutos;
- Evitar acesso femoral: seleccionar como local de inserção a veia jugular interna ou veia subclávia, de forma a minimizar o risco de infeção. Sempre que o risco de complicações versus benefício de prevenção de infeção o permita, deve privilegiar-se o acesso subclávio.

Na pessoa a ser submetida a CVC, as intervenções de manutenção do dispositivo têm de ser implementadas de forma integrada, as cinco intervenções:

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC: retirar de imediato o CVC em caso de não ser necessário; documentar o motivo de manutenção do cateter;
- Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC: Antes da manipulação do CVC, realizar higiene das mãos e utilizar técnica *no-touch* nos pontos de acesso ao mesmo;
- Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico: usar técnica assética antes de, qualquer conexão, infusão ou aspiração; descontaminar com material de uso único e estéril, com CHD a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril;
- Usar técnica assética na realização do penso: para a realização do penso após inserção: limpar o local de inserção com técnica asséptica e CHD a 2% com álcool;
- Mudar o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; penso com compressa: até 48 horas após sua realização; penso transparente: 7 dias após sua realização;
- Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC.

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

No doente a ser submetido a intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da Infecção do Local Cirúrgico devem ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

- Fase pré-operatória: realizar rastreio de *Staphylococcus aureus* *meticilina* resistente; realizar banho com CHD de 2 a 4%, exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia;
- Fase pré e intra-operatória: não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único; realizar profilaxia antibiótica cirúrgica

quando indicada; realizar antisepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado; garantir homeostasia pré/intra-operatória do doente: manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl); manter $\text{SpO}_2 \geq 95\%$ e perfusão adequada durante a cirurgia;

- Fase pós-operatória: garantir homeostasia pós-operatória do doente: manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia) e $\text{SpO}_2 \geq 95\%$, após anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal; cumprir técnica asséptica na realização do penso.

A aplicação eficaz desses feixes de intervenção está associada a diversos fatores, incluindo a experiência dos profissionais de saúde, a formação contínua e a realização de auditorias internas. Estudos indicam que a adesão a essas práticas pode ser influenciada por barreiras como a falta de liderança e apoio institucional (DGS 2022).

A prevenção da infeção de acordo com os conteúdos até aqui desenvolvidos são uma preocupação frequente e o foco de atenção das equipas de enfermagem numa UCI. A natureza dos cuidados prestados, em ambientes tecnológicos complexos e muitas vezes sobre intensidades de trabalho demasiado elevadas, obrigam a uma abordagem sistematizada e atualizada das estratégias de prevenção da infeção na prestação de cuidados (OE, 2018).

Durante o estágio foram abordados com os interlocutores do PPCIRA, esta problemática no sentido de perceber quais as suas maiores dificuldades, o caminho que têm desenvolvido, as auditorias internas, assim como o feedback das mesmas e mensurando a importância deste elemento junto da equipa.

Na admissão da PSC à UCI é realizado sempre um rastreio microbiológico, por meio de realização de zaragatoas nasais e retais de forma a confirmar a presença de microrganismos, sendo que a pessoa fica isolada até confirmação ou não de alguma infeção ou colonização. Concomitantemente, e de forma a evitar infeções cruzadas, o enfermeiro que presta cuidados à pessoa que apresente uma infeção por microrganismos causadores de IACS, fica tendencialmente dedicado em exclusivo a essa pessoa.

As experiências vivenciadas nesta UCI permitiram-me perceber a importância do cumprimento metódico do PPCIRA, assim como a relevância clínica do diagnóstico das

necessidades em cuidados especializados neste domínio, com a consequente intervenção com recurso a estratégias pró-ativas visando a prevenção ou o controlo da infeção.

A monitorização diferenciada de indicadores clínicos de infeção, e a necessidade de vigilância e manuseamento dos dispositivos de suporte, são essenciais na intervenção precoce junto da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica. Estas competências incrementam a qualidade dos cuidados e melhoram os indicadores de resultado. São um contributo muito relevante para a diminuição da resistência a antimicrobianos, que se associa à necessidade de aumentar as boas práticas de prescrição e utilização antimicrobiana por parte dos profissionais a quem cabe essa responsabilidade. Deste modo, no sentido de garantir a segurança da pessoa alvo de cuidados, foram várias as estratégias realizadas, nomeadamente: colocação adequada da pessoa que apresente risco acrescido de transmissão cruzada; higienização das mãos(cinco momentos); etiqueta respiratória; utilização de EPI; descontaminação de equipamento clínico utilizado; Controlo ambiental, através da limpeza, higienização e organização; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção na exposição a agentes antimicrobianos.

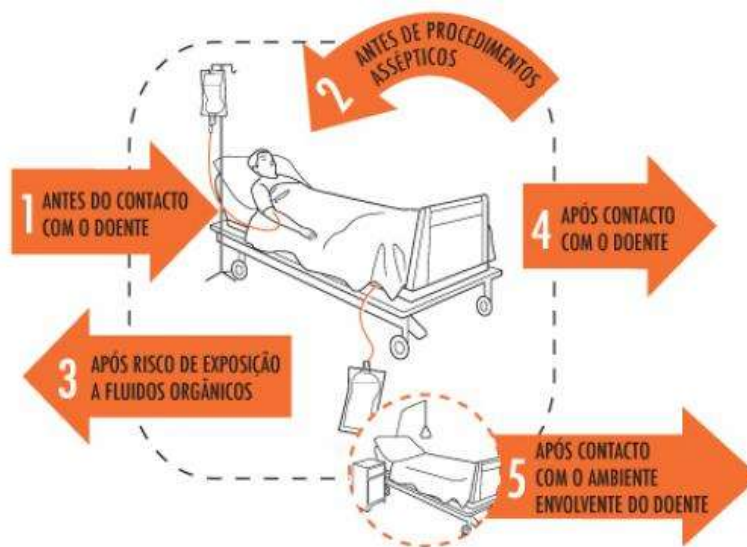


Figura 2 – Os 5 momentos da higienização das Mãos (Norma nº 007/2019 de 16/10/2019)

Em suma, as competências desenvolvidas no âmbito da prevenção e controlo da infeção na PSC, foram a adoção de uma postura consciente, responsável e proativa na promoção de boas práticas nos diversos contextos da prestação de cuidados, assim como junto da equipa multidisciplinar.

CONCLUSÃO

As circunstâncias relacionadas com as pressões demográficas, a evolução e modernização dos cuidados de saúde, o acesso a mais e melhores meios tecnológicos, e as legítimas expectativas dos cidadãos, estão na origem da crescente exigência dirigida aos profissionais de saúde. As respostas necessárias a estes desafios têm sido encontradas na diferenciação das práticas e na aquisição de competências através da formação profissional avançada. O desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem tem acompanhado estes desafios, ocupando um lugar cada vez mais relevante no seio das organizações de saúde. A formação especializada e a dotação de enfermeiros especialistas são duas das respostas indispensáveis, cuja promoção e o investimento deve ser incentivado pelos decisores e gestores das organizações de saúde.

A elaboração do Relatório de Estágio é o culminar de um percurso na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e de competências no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC. Através dele é feita a correlação de todo o percurso profissional desenvolvido no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica com o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC. A atenção dedicada à garantia da qualidade e excelência nos cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica representou um significativo desafio tanto em termos pessoais quanto profissionais, deixando uma marca indelével neste percurso formativo.

Apesar do caminho já percorrido, o contributo do EEEMCPSC na melhoria das respostas aos problemas de saúde das populações, é já uma realidade incontornável. As recentes alterações regulatórias, aprovadas pela OE, vieram especificar as competências segundo o destinatário de cuidados e o contexto da intervenção, permitindo uma maior clarificação quanto aos percursos formativos a desenvolver e a certificar. Esta alteração poderá potenciar uma maior visibilidade do contributo do enfermeiro especialista nos diferentes contextos, motivando a diferenciação entre os profissionais, e a aposta neste recurso na implementação das políticas de saúde (OE, 2018).

Este caminho só será possível, se o EEEMCPSC for capaz de evidenciar os ganhos de saúde sensíveis aos cuidados diferenciados que presta, fazendo da investigação um recurso imprescindível. Se é verdade que a preparação deste profissional assenta na formação para uma prática baseada na evidência, o percurso natural e desejável será

evoluir paralelamente para níveis de formação superior, preferencialmente com recurso à investigação como garantia da validação da sua intervenção avançada e da evolução da prática especializada.

O *Delirium* é definido como uma perturbação da consciência e uma alteração da cognição com défice de atenção, consciência e que se desenvolve num curto período. O *Delirium* é um dos fatores com maior morbilidade e mortalidade na pessoa internada em UCI. Sendo muitas das vezes subdiagnosticado, o *Delirium* está diretamente relacionado com um aumento da mortalidade e subsequente diminuição do potencial *outcome* da pessoa.

Tendo por base esta problemática, presume-se que este trabalho, possa ter contribuído de uma forma válida para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à PSC, uma vez que se promoveu a importância da prevenção do *Delirium* através de intervenções preventivas desta problemática iminente em UCI.

As intervenções de prevenção do *Delirium* identificadas por meio da *scoping review* são relacionadas com: Ambiente, Mobilização Precoce, Higiene do Sono, Intervenção Terapêutica Profilática, Orientação e Estimulação Cognitiva e Sensorial, Protocolos, e Envolvimento/Ensinos à Pessoa/ Família.

Uma das limitações encontradas relaciona-se com a necessidade de uma maior evidência científica, uma vez que a maior parte dos artigos mais recentes são revisões de literatura que remetem a estudos com um universo temporal superior a dez anos, no entanto e apesar desta limitação estes artigos continuam na vanguarda do conhecimento neste âmbito.

No entanto, é necessário fomentar uma postura de investigação em saúde como forma de vincular a prática de cuidados às mais recentes evidências científicas e potenciar o conhecimento científico, contribuindo desta forma para uma prestação de cuidados mais eficazes, seguros e com qualidade.

No contexto vivenciado foi possível refletir acerca do contributo e valor da intervenção do enfermeiro especialista, identificar algumas características comuns e definidoras do papel deste profissional: a importância das competências na recolha de dados e no diagnóstico das necessidades de cuidados complexos, a conceção de planos de intervenção adaptados à natureza e percurso da transição vivenciada pela pessoa, a capacidade na deteção precoce de riscos, prevenindo complicações e eventos adversos, e a orientação da intervenção com base no resultado das respostas individualizadas da pessoa/família. As competências na documentação dos cuidados de enfermagem, a

capacidade de liderança e implementação de projetos de melhoria da qualidade assistencial, a formação e a assessoria na gestão, são também componentes transversais que garantem o valor do papel do enfermeiro especialista EMC no seio da equipa multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akiyama, K., Inoue, A., Hifumi, T., Nakamura, K., Taira, T., Nakagawa, S., Jinno, K., Manabe, A., Kinugasa, S., Matsumura, H., Shishido, H., Yokoyama, S., Okazaki, T., Hamaya, H., Takano, K., Kiridume, K., Shinohara, N., Kawakita, K., & Kuroda, Y. (2021). Association between physical restraint requirement and unfavorable neurologic outcomes in subarachnoid hemorrhage. *Journal of Intensive Care*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40560-021-00541-z>
- Alaterre, C., Fazilleau, C., Cayot-Constantin, S., Chanques, G., Kacer, S., Constantin, J. M., & James, A. (2023). Monitoring delirium in the intensive care unit: Diagnostic accuracy of the CAM-ICU tool when performed by certified nursing assistants – A prospective multicenter study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103487>
- Alexander, S. A. (2021). Intensive Care Unit Nursing Priorities in the United States. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 33(1), 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.10.001>
- Al-Hoodar, R. K., Lazarus, E. R., Al Omari, O., & Al Zaabi, O. (2022). Incidence, Associated Factors, and Outcome of Delirium among Patients Admitted to ICUs in Oman. *Critical Care Research and Practice*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/4692483>
- Almeida, O. M. de O. (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. UNIVERSIDADE DO PORTO.
- Amendoeira, J. (2004). Entre Preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem uma Transição Inacabada – 1950-2003 Um contributo sócio-histórico [Universidade Nova de Lisboa]. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem%5b1%5d.%20Uma%20transi%20inacabada.pdf>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5-TRTM* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.

- Apreciação Da Aplicação Do Estado de Emergência, Declarado Pelo Decreto Do Presidente Da República n.o 14-A/2020, de 18 de Março (2020). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembly-republica/49-2020-138852741>
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, & Jordan Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI.
- Arranja, A. C. G. (2014). Gestão do Impacto da Comunicação de Más Notícias na Pessoa com Doença Oncológica e sua Família-Papel do Enfermeiro. ESEL.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Da Assembleia Da República n.o 49/2020. Decreto Do Presidente Da República n.o 14-A/2020, de 18 de Março. (2020). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2020/07/14400/0000300107.pdf>
- Associação Portuguesa de Bioética. (2010). Parecer n.o P/18/APB/10 – Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde.
- Baptista, M. G. de J. (2023). Investigação em Enfermagem e Evolução dos Cuidados (REVISTA MULTIDISCIPLINAR No 2, Ed.). Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela. <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825gorete@ipb.pt>
- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., da Silva, D. C., & Barbosa, T. P. (2019). Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 463–467. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0240>
- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., da Silva, D. C., & Barbosa, T. P. (2020). Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190068>
- Beauchamp, T. , C. J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed). Oxford University Press.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2a edição). Quarteto Editora.
- Bento, A. F. G., & Sousa, P. P. (2021). Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 30(9).

- Bode, L., Isler, F., Fuchs, S., Marquetand, J., Petry, H., Ernst, J., Schubert, M., Garcia Nuñez, D., Von Känel, R., & Boettger, S. (2020). The utility of nursing instruments for daily screening for delirium: Delirium causes substantial functional impairment. *Palliative and Supportive Care*, 18(3), 293–300. <https://doi.org/10.1017/S1478951519001019>
- Boettger, S., Meyer, R., Richter, A., Fernandez, S. F., Rudiger, A., Schubert, M., Jenewein, J., & Nuñez, D. G. (2019). Screening for delirium with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC): Symptom profile and utility of individual items in the identification of delirium dependent on the level of sedation. *Palliative and Supportive Care*, 17(1), 74–81. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000202>
- Boettger, S., Nuñez, D. G., Meyer, R., Richter, A., Fernandez, S. F., Rudiger, A., Schubert, M., & Jenewein, J. (2017). Delirium in the intensive care setting and the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS): Drowsiness increases the risk and is subthreshold for delirium. *Journal of Psychosomatic Research*, 103, 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.011>
- Bowman, E. M. L., Brummel, N. E., Caplan, G. A., Cunningham, C., Evered, L. A., Fiest, K. M., Girard, T. D., Jackson, T. A., LaHue, S. C., Lindroth, H. L., MacLulich, A. M. J., McAuley, D. F., Oh, E. S., Oldham, M. A., Page, V. J., Pandharipande, P. P., Potter, K. M., Sinha, P., Slooter, A. J. C., ... Cunningham, E. L. (2024). Advancing specificity in delirium: The delirium subtyping initiative. *Alzheimer's and Dementia*, 20(1), 183–194. <https://doi.org/10.1002/alz.13419>
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Dittus, R. S., Gill, T. M., Bernard, G. R., Ely, E. W., & Girard, T. D. (2014). Delirium in the ICU and subsequent long-term disability among survivors of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 42(2), 369–377. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a645bd>
- Burry, L. D., Cheng, W., Williamson, D. R., Adhikari, N. K., Egerod, I., Kanji, S., Martin, C. M., Hutton, B., & Rose, L. (2021). Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. In *Intensive Care Medicine* (Vol. 47, Issue 9, pp. 943–960). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06490-3>

- Carvalho, J. P. L. M., De Almeida, A. R. P., & Gusmão-Flores, D. (2013). Delirium rating scales in critically ill patients: A systematic literature review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 148–154. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130026>
- Chaimowicz, F., Barcelos, E. M., Madureira, M. D. S., & Ribeiro, M. T. de F. (2009). *Saúde do idoso* (Nescon UFMG, Ed.). Coopmed.
- Chen, T. J., Chung, Y. W., Chang, H. C. (Rita), Chen, P. Y., Wu, C. R., Hsieh, S. H., & Chiu, H. Y. (2021). Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 113). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Dubuc-Sarrasin, M. (2013). Subsyndromal delirium in older people: A systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* (Vol. 28, Issue 8, pp. 771–780). <https://doi.org/10.1002/gps.3891>
- Comissão Nacional da Unesco. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. UNESCO.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/161-241640>
- Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro (2009). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/247-2009-490412>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Edições Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Edições Almedina.
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 9639/2018 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho Normativo n.o 713/94 (1994).

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), E825–E873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Diário da República, 2.a série — N.o 233 — 2 de dezembro de 2014. (2014). Regulamento n.o 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>

Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J. M., Pelgrim, T., van der Hoeven, J. G., Schoonhoven, L., Ebben, R. H. A., & Vloet, L. C. M. (2023). Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5904–5922. <https://doi.org/10.1111/jocn.16714>

Direção Geral da Saúde. (2022). NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

D'Oliveira, M. M. P. M. (2020). Plano de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros [Instituto Politécnico de Portalegre]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33211>

Dos Santos, P. A. F., Rabiais, I. C. M., Faria Sales, L. M. C., & Henriques, C. M. G. (2022). Profile of transversal skills of Nursing students to intervene in disaster situations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0760>

- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirium in Mechanically Ventilated Patients Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703–2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). Annual Epidemiological Report 2016 - Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. ECDC. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units-annual>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). Economic evaluations of interventions to prevent healthcare-associated infections: Literature review. ECDC. <https://doi.org/10.2900/4617>
- Fan, Y. Y., Luo, R. Y., Wang, M. T., Yuan, C. Y., Sun, Y. Y., & Jing, J. Y. (2024). Mechanisms underlying delirium in patients with critical illness. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1446523>
- Faria, R. da S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. In *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* (Vol. 25, Issue 2, pp. 137–147). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M. A., & Estudantes do 7o CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista PERCURSOS*, 15. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/riiii12133>
- Frederico, M. , L. M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Edições Sinais Vitais.
- Henao-Castaño, Á. M., & Amaya-Rey, M. C. D. P. (2014). Nursing and patients with delirium: a literature review review Nursing and patients with delirium: a literature

review. Invest Educ Enferm, 32(1), 148–156.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a17>

Hua, F., Zhu, H., Yu, W., Zheng, Q., Zhang, L., Liang, W., Lin, Y., Xiao, F., Yi, P., Xiong, Y., Dong, Y., Li, H., Fang, L., Liu, H., Ying, J., & Wang, X. (2023). β -arrestin1 regulates astrocytic reactivity via Drp1-dependent mitochondrial fission: implications in postoperative delirium. *Journal of Neuroinflammation*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12974-023-02794-x>

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. In *The Lancet* (Vol. 383, Issue 9920, pp. 911–922). Elsevier B.V.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Baldini Soares, C., & Parker, D. (2016). An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(2), 118–123.

Kolkaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. S. P. Company.

Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Roberson, S. W., Sietnicki, M., van den Boogaard, M., Shehabi, Y., & Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>

Kotloff, R. M., Blosser, S., Fulda, G. J., Malinoski, D., Ahya, V. N., Angel, L., Byrnes, M. C., DeVita, M. A., Grissom, T. E., Halpern, S. D., Nakagawa, T. A., Stock, P. G., Sudan, D. L., Wood, K. E., Anillo, S. J., Bleck, T. P., Eidbo, E. E., Fowler, R. A., Glazier, A. K., ... Whelan, T. P. M. (2015). Management of the Potential Organ Donor in the ICU: Society of Critical Care Medicine/American College of Chest Physicians/Association of Organ Procurement Organizations Consensus Statement. *Critical Care Medicine*, 43(6), 1291–1325.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000958>

Lange, S., Mędrzycka-Dabrowska, W., Friganovic, A., Oomen, B., & Krupa, S. (2022). Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients—An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>

- Laverde-Sabogal, C. E., Espinosa-Almanza, C. J., Patiño-Hernández, D., Rodríguez-Escallón, H., Aguado-Valderrama, J. C., & Lara-Monsalve, P. (2023). Risk factors of self-extubation in intensive care. Retrospective cohort study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 51(2). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1050>
- Lei n.o 95/2019 de 4 de Setembro (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Liang, S., Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Zhao, J., & Liu, W. (2022). Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01019-5>
- Lobo-Valbuena, B., Gordo, F., Abella, A., Garcia-Manzanedo, S., Garcia-Arias, M. M., Torrejón, I., Varillas-Delgado, D., & Molina, R. (2021). Risk factors associated with the development of delirium in general ICU patients. A prospective observational study. *PLoS ONE*, 16(9 September). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255522>
- Lopes, C. (2021). Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA (2020, 7a ed.). ISPA - Instituto Universitário.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC. www.inesctec.pt
- Macedo, R. P. A. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa [Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Machado, N. de J. B. (2004). A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000 – Análise numa perspectiva histórica [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9591>
- Maldonado, J. R. (2017). Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Critical Care Clinics*, 33(3), 461–519. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013>
- Marques, M. S. de A. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. Universidade do Minho.

- McKeown, D. W., Bonser, R. S., & Kellum, J. A. (2012). Management of the heartbeating brain-dead organ donor. In *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 108, Issue SUPPL. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/bja/aer351>
- Mezidi, M., & Guérin, C. (2018). Effects of patient positioning on respiratory mechanics in mechanically ventilated ICU patients. *Annals of Translational Medicine*, 6(19), 384–384. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.05.50>
- Minami, T., Watanabe, H., Kato, T., Ikeda, K., Ueno, K., Matsuyama, A., Maeda, J., Sakai, Y., Harada, H., Kuriyama, A., Yamaji, K., Kitajima, N., Kamei, J., Takatani, Y., Sato, Y., Yamashita, Y., Mizota, T., & Ohtsuru, S. (2023). Dexmedetomidine versus haloperidol for sedation of non-intubated patients with hyperactive delirium during the night in a high dependency unit: study protocol for an open-label, parallel-group, randomized controlled trial (DEX-HD trial). *BMC Anesthesiology*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02158-1>
- Mulkey, M. A., Hardin, S. R., Munro, C. L., Everhart, D. E., Kim, S., Schoemann, A. M., & Olson, D. W. M. (2019). Methods of identifying delirium: A research protocol. *Research in Nursing and Health*, 42(4), 246–255. <https://doi.org/10.1002/nur.21953>
- Mulkey, M. A., Roberson, D. W., Everhart, D. E., & Hardin, S. R. (2018). Choosing the Right Delirium Assessment Tool. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(6), 343–348. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000403>
- Nações Unidas. (2004). A Carta Internacional dos Direitos Humanos. https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/ficha_informativa_2_carta_int_direitos_humanos.pdf
- Nasir, F., Batool, S., Nasir, A., Bacha, M. F., & Mushtaq, A. (2022). Prevalence and Risk Factors of Delirium and Subsyndromal Delirium in Older Adults. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16(10), 773–775. <https://doi.org/10.53350/pjmhs221610773>
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Marta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2, 2023. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 Atualizada a 17/11/2022“Feixe de Intervenções” Para a Prevenção Da Infecção Do Local Cirúrgico (2022).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” Para a Prevenção Da Pneumonia Associada à Intubação (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

NORMA CLÍNICA: 022/2015 Atualizada 29 de Agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” Para a Prevenção Da Infecção Relacionada Com o Cateter Vascular Central (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Nunes, F. (2009). Sala de emergência e trabalho em equipa. In Manual de Trauma: para Apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros (5a ed.). Lusociência.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. Revista Percursos, 3–9.

Nunes, L. (2011). Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes. Lusociência.

Nunes, L. (2016). Os Limites do Agir Ético no dia-a-dia do Enfermeiro. Revista Servir, 59(2), 7–17.

Oliveira, C., Nobre, C. F. G. M., Marques, R. M. D., Mendes, M. M. M. L., & Sousa, P. C. P. (2022). The nurse’s role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients. Revista Cuidarte, 13(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

Oliveira, L. M. N. de, Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A Competência Profissional dos Enfermeiros. Um Estudo em Hospitais Portugueses. INFAD Revista de Psicología, 1(2), 143–158.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). 10 Anos - Enfermagem em Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Ontologia de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lanca-browser-ontologia-de-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Lei_111_2009.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Regulamento n.º 124/2011 Das Competências Específicas Do Enfermeiro Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica (2011). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Regulamento n.º 140/2019 Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Regulamento n.º 429/2018 de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico -Cirúrgica Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica, Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Paliativa, Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação e Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação. (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento Da Norma Para Cálculo de Dotações Seguras Dos Cuidados de Enfermagem (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Organização Mundial de Saúde. (2014). Antimicrobial resistance: global report on surveillance. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564748>
- Pabón-Martínez, B. A., Rodríguez-Pulido, L. I., & Henao-Castaño, A. M. (2022). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 33–43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.01.003>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Júlio, J., Vaz, N. J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - MEDICINA INTENSIVA.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Penedo, J. M. V. dos S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. do A. R. de C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. da S., Sá, R. A. M. de V. e, & Moreno, R. P. J. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final.
- Pereira, M. do R. C. (2017). Gestão do Ambiente no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: Uma Intervenção de Enfermagem Especializada [ESEL]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22154/1/Relatório%20de%20Estágio%20Maria%20do%20Rosário%20Pereira%20no%206746%20CMEPSC.pdf>
- Pinho, J. A. (2020). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lidel - Edições Técnicas.
- Pinho, J. A. P., Carneiro, H., & Alves, F. (2010). Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? In *Acta Medica Portuguesa* (Vol. 31, Issue 1, pp. 51–58). CELOM. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- REPE - Regulamento Do Exercício Profissional Do Enfermeiro (1996). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- Ribeiro, O., da Silva Martins, M. M. F. P., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, S. C. L., Nascimento, E. R. P. do, Lazzari, D. D., Jung, W., Boes, A. A., & Bertoncello, K. C. (2015). Knowledge of nurses about delirium in critical patients: Collective subject discourse. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24(2), 513–520. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014>
- Ribeiro, S. E. da S. B. (2010). *Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados na Região Transfronteiriça Chaves-Verín - Proposta de Actuação [Universidade do Porto]*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23466/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20de%20Catstrofe%20%20Sara%20Ribeiro.pdf>
- Rosa, M., Godinho, C., Dinis De Matos, A., Gil, E. B., José, M., Calado, M., Mendes, M. N., & Bispo, S. M. (2020). Reflecting on Continuous Care: The Nurse Specialist In Community Nursing. In *N. o 1* (Vol. 8, Issue 1). <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Santos, C. R., & Dixe, M. dos A. C. R. (2017). Validação Cultural Do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”- Preparação dos Enfermeiros Perante uma Situação de Catástrofe. *Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde de Leiria Instituto Politécnico de Leiria*. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2881/1/cap-4.pdf>
- Setters, B., & Solberg, L. M. (2017). Delirium. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 44(3), 541–559. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.010>
- Siewert, J. S., Rodrigues, D. B., Malfussi, L. B. H. DE, Andrade, S. R. DE, & Erdmann, A. L. (2017). Management of Integral Care in Nursing: Reflections under the Perspective of Complex Thinking. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 21. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170057>
- Silva, A. L. da, Silva, L. de F. da, Souza, I. E. de O., & Moreira, R. V. O. (2013). Mulher Cardiopata com Úlcera por Pressão: Reflexão Fenomenológica sobre um Modelo de Cuidado Clínico de Conforto. *Esc Anna Nery*, 17(1), 168–172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100023>

- Skoog, M., Milner, K. A., Gatti-Petito, J. A., & Dintyala, K. (2016). The impact of family engagement on anxiety levels in a cardiothoracic intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 36(2), 84–89. <https://doi.org/10.4037/ccn2016246>
- Skrupky, L. P., Drewry, A. M., Wessman, B., Field, R. R., Fagley, R. E., Varghese, L., Lieu, A., Olatunde, J., Micek, S. T., Kollef, M. H., & Boyle, W. A. (2015). Clinical effectiveness of a sedation protocol minimizing benzodiazepine infusions and favoring early dexmedetomidine: A before-after study. *Critical Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0874-0>
- Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M. E., & Lleixà-Fortuño, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case–control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jocn.13921>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Strich, J. R., & Palmore, T. N. (2017). Preventing Transmission of Multidrug-Resistant Pathogens in the Intensive Care Unit. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(3), 535–550. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.05.010>
- Teerawattanapong, N., Kengkla, K., Dilokthornsakul, P., Saokaew, S., Apisarnthanarak, A., & Chaiyakunapruk, N. (2017). Prevention and control of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in adult intensive care units: A systematic review and network meta-analysis. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 64, pp. S51–S60). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/cid/cix112>
- Teixeira, J. M. F. (2016). A Pessoa em Situação Crítica com Dor: intervenção especializada de Enfermagem [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16487/1/Relatório_mestrado_Joana%20ferreira_versão%207.pdf
- Van Den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Van Der Voort, P. H. J., Van Der Hoeven, J. G., Donders, R., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive

- care patients: Observational multicentre study. *BMJ (Online)*, 344(7845), 17.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e420>
- Veenema, T. G., Griffin, A., Gable, A. R., Macintyre, L., Simons, R. N., Couig, M. P., Walsh, J. J., Lavin, R. P., Dobalian, A., & Larson, E. (2016). Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response-A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 187–200. <https://doi.org/10.1111/jnu.12198>
- Veenema, T. G., Lavin, R. P., Griffin, A., Gable, A. R., Couig, M. P., & Dobalian, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 688–696. <https://doi.org/10.1111/jnu.12338>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Verde, B. C. C. (2013). Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência. ESEL.
- Vieira, M. M., Araújo, B., & Deodato, S. (2015). 9th International Seminar on Nursins Research Proceedings. Instituto de Ciências da Saúde - Porto | Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35528/1/ISNR_EBook_2015Final.pdf
- Vincent, J.-L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C. D., Moreno, R., Lipman, J., Gomersall, C., Sakr, Y., & Reinhart, K. (2009). International Study of the Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Units. 302(21), 2323–2329. www.jama.com
- Wheeler, A., Bloch, E., Blaylock, S., Root, J., Ibanez, K., Newman, K., Diarte, J., & Voigt, L. P. (2023). Delirium education for family caregivers of patients in the intensive care unit: A pilot study. *PEC Innovation*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100156>
- World Health Organization. (2001). WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance.

Zhang, Y., Baldyga, K., Dong, Y., Song, W., Villanueva, M., Deng, H., Mueller, A., Houle, T. T., Marcantonio, E. R., & Xie, Z. (2023). The association between gut microbiota and postoperative delirium in patients. *Translational Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02450-1>

ANEXOS

Anexo 1 – Escala NAS

Anexo

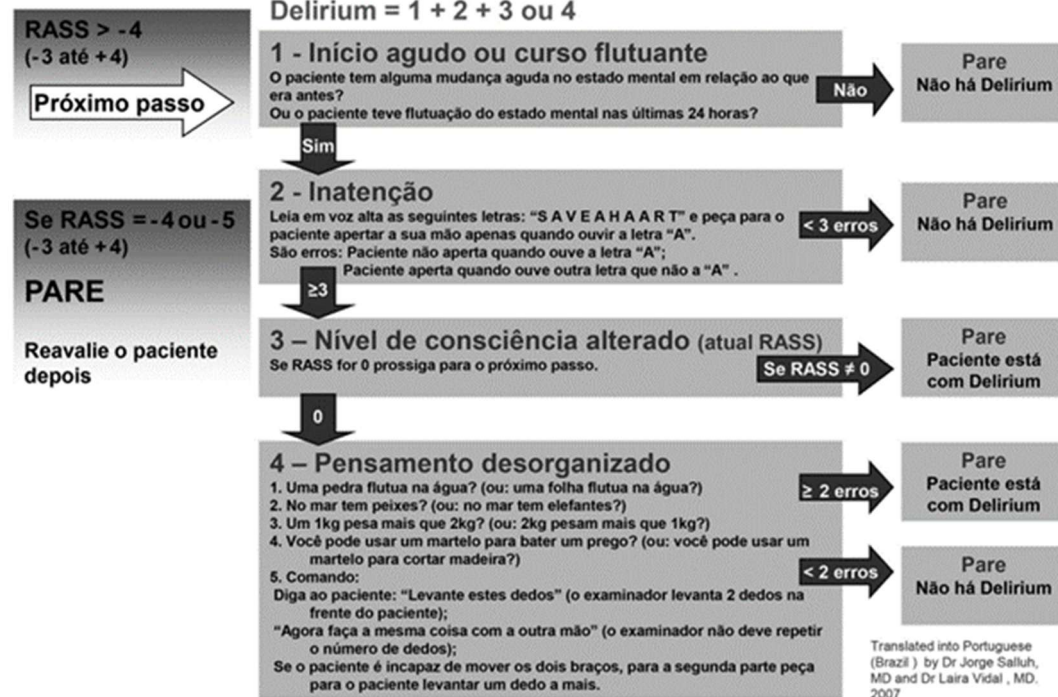
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Centro de Terapia Intensiva Adulto

I. Identificação				
Nome:		Registro:		
Idade:		Sexo:		
Naturalidade:		Procedência:		
II. Internação				
Data Admissão:				
Procedência:				
Especialidade:				
Diagnóstico:				
Comorbidades:				
III. Tipo de Alta				
() Enfermaria () Transferência () Óbito () Outros				
Nursing Activities Score (NAS)				
ATIVIDADES BÁSICAS		Pontos	Data da Coleta	
1. Monitorização e Controles		4,5		
1a. Sinais Vitais Horários, cálculos e registro regular do balanço hídrico.		12,1		
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 h ou mais.		19,6		
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 h ou mais.		4,3		
2. Investigações Laboratoriais: bioquímica e microbiológicas		5,6		
3. Medicação, exceto drogas vasoativas		4,1		
4. Procedimentos de Higiene		16,5		
4a. Realização de procedimentos de higiene		20		
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2h		1,8		
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4h		5,5		
5. Cuidados com Drenos: Todos (exceto sonda gástrica)		12,4		
6. Mobilização e Posicionamento		17		
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24h		4		
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24h ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.		32		
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.				
7. Suporte e Cuidados aos Familiares e Pacientes				
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora				
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais.				
8. Tarefas Administrativas e Gerenciais				
8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais(ex: passagem de plantão, visitas clínicas)		4,2		
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas.		23,2		
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais.		30		

Nursing Activities Score (NAS)				
SUPORTE VENTILATÓRIO				
9. Suporte respiratório. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida, oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4			
10. Cuidado com vias aéreas artificiais	1,8			
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4			
SUPORTE CARDIOVASCULAR				
12. medicação vasoativa independente do tipo e dose	1,2			
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m2/d independente do tipo de fluido administrado.	2,5			
14. Monitorização do átrio esquerdo, cateter da artéria pulmonar	1,7			
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial)	7,1			
SUPORTE RENAL				
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas	7,7			
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex: sonda vesical de demora).	7			
SUPORTE NEUROLÓGICO				
18. Medida de Pressão Intracraniana	1,6			
SUPORTE METABÓLICO				
19. Tratamento de acidose/ alcalose metabólica complicada	1,3			
20. Hiperalimentação intravenosa	2,8			
21. Alimentação enteral. Através do tubo gástrico ou outra via gastrointestinal	1,3			
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS				
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24h, lavagem gástrica, Intervenções de rotinas sem consequências diretas para condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais, não estão incluídos.	2,8			
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva.Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9			
Pontuação Total do Dia				

Anexo 2 – Escala de avaliação de *Delirium* CAM - ICU

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



Fonte: (Faria e Moreno, 2013, p.142)

Anexo 3 – Escala de avaliação de *Delirium* ICDSC

Lista para a Verificação de Delirium em Cuidados Intensivos (ICDSC)

Avaliação do doente	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5
Alteração dos níveis de consciência* (A-E)					

Se A ou B não completar a restante avaliação nesse período

Desatenção					
Desorientação					
Alucinação, ilusão ou psicose					
Agitação psicomotora ou lentificação					
Discurso ou humor impróprios					
Alterações do ciclo do sono/ vigília					
Sintomatologia intermitente					
Pontuação Total (0-8)					

Pontuação

Níveis de consciência* A: sem resposta

B: responde a estimulação intensa e repetida (voz alta e dor)

C: responde a estimulação leve ou moderada

D: Despertar normal

E: Resposta exagerada a estimulação normal

-

-

1

0

1

SISTEMA DE PONTUAÇÃO:

A escala é preenchida com base na informação recolhida de cada turno de 8 horas ou a partir das 24 horas anteriores. A manifestação óbvia de um item equivale a 1 ponto; a inexistência de manifestação de um item ou a impossibilidade de avaliação corresponde a 0 pontos. A pontuação de cada item é inserida na caixa vazia correspondente, sendo o valor 0 ou 1.

1. Alteração dos níveis de consciência:

A) Sem resposta, ou B) Necessidade de estimulação vigorosa para obter qualquer resposta indicia uma alteração grave no nível de consciência que impossibilita a avaliação. Em caso de coma (A) ou letargia (B), na maior parte do tempo, é registado um travessão (-) não havendo lugar a mais nenhuma avaliação durante esse período.

C) Sonolência ou necessidade de uma estimulação suave a moderada para obtenção de uma resposta implica um nível alterado de consciência, sendo atribuído assim 1 ponto.

D) Estado de vigília ou sonolência suscetível de despertar com facilidade são considerados normais, pelo que não é atribuída qualquer pontuação.

E) Hipervigilância é classificada como um nível anormal de consciência, sendo atribuído 1 ponto.

2. Desatenção:

Dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções. Facilidade de distração perante estímulos externos. Dificuldade em mudar o foco de atenção. Ambas as situações correspondem a 1 ponto.

3. Desorientação:

Qualquer erro óbvio face ao tempo, espaço ou pessoa, equivale a 1 ponto.

4. Alucinação, ilusão ou psicose:

A manifestação clínica inequívoca de alucinação ou de comportamento devido provavelmente a alucinação (ex.: tentar agarrar com a mão um objeto que não existe) ou ilusão. Alteração grosseira em avaliar a realidade. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

5. Agitação motora ou lentificação:

Hiperatividade que exige o recurso a fármacos sedativos adicionais ou de restrição de movimentos para controlar o potencial perigo para o próprio doente ou para terceiros (ex.: retirar as linhas intravenosas, agredir pessoas). Pouca atividade ou lentificação psicomotora clinicamente assinalável.

Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

6. Discurso ou humor impróprios:

Discurso impróprio, desorganizado ou incoerente. Manifestação inadequada de emoções relacionadas com eventos ou situações. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

7. Alterações do ciclo do sono/ vigília:

Dormir menos de 4 horas ou acordar frequentemente durante a noite (não considerar o despertar provocado pela equipa médica ou ambiente ruidoso). Dormir durante a maior parte do dia. Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

8. Sintomatologia intermitente:

A intermitência das manifestações de qualquer um dos itens ou sintomas ao longo de 24 horas (ex.: de um turno para o outro) corresponde a 1 ponto.

Anexo 4 – Escala RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação; níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Anexo 5 – Escala da Dor BPS

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Pontuações de BPS superiores a 5 pontos são consideradas inadequadas, requerendo intervenção.

Fonte: Adaptado de Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(4):571-81.

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Plano de Formação - Procedimento Técnico de Enfermagem: Escala
ISCDC**



Plano de Formação

Tema: Procedimento Técnico de Enfermagem: Escala de <i>Delirium</i> ISCDC Objectivos: ● Consciencializar a equipa de enfermagem para o preenchimento da Escala do <i>Delirium</i> ISCDC ; ● Consciencializar a equipa de Enfermagem para a importância da identificação do <i>Delirium</i> na pessoa internada em Cuidados Intensivos; ● Avaliar a atividade formativa;		Data: 17/11/2023 e 29/11/2023 Hora: Duração: 45 min Local: Hospital da Região do Norte do País		
Etapas	Conteúdos	Estratégia	Duração	Recursos
Introdução	➤ Contextualização da formação; ➤ Objetivos da formação;	Expositiva	5 min	Computador Videoprojetor e tela de Apresentação PowerPoint
Desenvolvimento	➤ A problemática do <i>Delirium</i> na pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos; ➤ Definição do <i>Delirium</i>; ➤ Fatores de risco precipitantes do <i>Delirium</i>; ➤ Fisiopatologia do <i>Delirium</i>; ➤ Consequências associadas ao <i>Delirium</i>; ➤ Avaliação da Escala do <i>Delirium</i> ; ➤ Estratégias e Intervenções na prevenção do <i>Delirium</i> na pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos;	Expositiva	20 min	
Conclusão	➤ Considerações Finais; ➤ Partilha de opiniões; ➤ Preenchimento de um questionário da avaliação da ação de formação e o formador; ➤ Encerramento da sessão formativa.	Interativa	15 min	

Formadora: Ana Isabel Meneses Costa

Apêndice 2 – Apresentação de *PowerPoint* da Atividade Formativa

Delirium em Cuidados Intensivos

VIII Curso Mestrado em Enfermagem médico - Cirúrgica
Escola Superior de SAÚDE de Viana do Castelo
Ana Isabel Meneses Costa

Procedimento Técnico de Enfermagem:

Escala de *Delirium* ICSDC (Intensive Care Screening Delirium Checklist)



1. Objetivo/Enquadramento

- ▶ Uniformização de procedimentos relacionados com a aplicação da Escala de *Delirium* ICDSC de forma a melhorar os cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica.

2. Âmbito

- ▶ Aplica-se aos doentes internados na UCI, após as primeiras 24 horas.

3. Siglas/Abreviaturas/ Definições/Evidências

Definição

- ▶ O *Delirium* é considerado uma síndrome caracterizada por um início agudo, em que o doente evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência ao longo do dia e com comprometimento da função cognitiva.
- ▶ Comprometimento da capacidade de receber, processar, armazenar e recuperar informações.
- ▶ O *Delirium* é um dos fatores com maior morbidade e mortalidade na pessoa internada em cuidados Intensivos.
- ▶ Sendo muitas das vezes, subdiagnosticado, o *delirium* está diretamente relacionado com um aumento da mortalidade e subsequente diminuição do potencial outcome da pessoa.
- ▶ O *Delirium* é um grande preditor de mortalidade da pessoa internada em Cuidados Intensivos.

Consequências associadas ao *Delirium*

- ▶ Maior taxa de remoção acidental de dispositivos;
- ▶ Aumento da taxa média de internamento;
- ▶ Aumento dos dias de Ventilação Mecânica;
- ▶ Aumento da morbidade e mortalidade;



Critérios para o diagnóstico de *Delirium* (DSM-5)

- ▶ Perturbação da atenção e da consciência que se desenvolve num período breve de tempo;
- ▶ Perturbação adicional na cognição;
- ▶ Perturbações sem explicação por outro transtorno neurocognitivo pré-existente;
- ▶ A perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra consequência médica, intoxicação ou abstinência de substâncias;

Classificação do Delirium

- ▶ O *Delirium* pode ser classificado quanto ao tempo de evolução e de acordo com o padrão psicomotor instalado;

Classificação do *Delirium*

Tempo de evolução:

- ▶ Prevalente;
- ▶ Incidente;
- ▶ Persistente;

Atividade Motora:

- ▶ *Delirium* Hiperativo;
- ▶ *Delirium* Hipoativo;
- ▶ *Delirium* misto.

Fatores de Risco

Fatores de Risco Predisponentes:

Não Modificáveis:

- ✓ Idade;
- ✓ Institucionalização ou viver sozinho;
- ✓ HTA;
- ✓ Alterações genéticas;
- ✓ Défice Cognitivo Prévio;
- ✓ História de alcoolismo, abuso de substâncias, tabagismo, depressão;
- ✓ Infecção por HIV;
- ✓ Doença Renal ou Hepática;

Modificáveis:

- ✓ Privação Sensorial;

Fatores de Risco

Fatores de Risco Precipitantes:

Não Modificáveis:

- ▶ Patologia severa;
- ▶ Patologia respiratória;
- ▶ Patologia do foro médico ou cirúrgico;
- ▶ Cirurgia Cardíaca;
- ▶ Necessidade de Ventilação Mecânica;
- ▶ Quantidade de medicação administrada por via parentérica;
- ▶ Elevação dos marcadores inflamatórios;
- ▶ Presença de metabolitos de aminoácidos neutros de cadeia longa;
- ▶ Diminuição da exposição à luz solar;
- ▶ Isolamento.

Fatores de Risco

Fatores de Risco Precipitantes:

Modificáveis:

- Anemia;
- Acidose;
- Hipotensão;
- Infecção/ Sépsis;
- Desequilíbrios Hidroeletrólitos;
- Hipertermia;
- Ausência de Visitas;
- Sedativos/ Analgésicos;
- Contenção física e mecânica;
- Catéteres;
- Privação do Sono;

Fatores de Risco

O Coma é um fator de risco Independente

Fisiopatologia

- ▶ Desequilíbrio neuroquímico;
- ▶ Processo Inflamatório com diminuição do metabolismo oxidativo;
- ▶ Biodisponibilidade de aminoácidos neutros da cadeia longa;

Conclusões pouco claras!!



Diagnóstico Diferencial

Instrumentos de avaliação
válidos e fiáveis

CAM-ICU (Confusion
Assessment Method for the
Intensive Care Unit)

ICDSC (Intensive Care
Delirium Screening
Checklist)

A RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) constitui a primeira fase do exame neurológico que atesta o nível de consciência. Ambas as escalas só se aplicam com um RASS de ≥ -3

Prevenção e tratamento do *Delirium*

- ▶ Medidas Farmacológicas
- ▶ Medidas Não Farmacológicas

Medidas Farmacológicas

- ▶ Controlo integrado da dor (analgesia), agitação e *delirium*;
- ▶ A sedação se necessária, deve permitir que o doente esteja consciente e responsivo face a determinados estímulos e comandos;
- ▶ A flutuação entre níveis de sedação aumenta o nível de incidência de *Delirium*



Medidas Farmacológicas

- ▶ Opióides;
- ▶ Dexmedetomidina;
- ▶ Antipsicóticos têm a mesma eficácia dos opióides, embora com um efeito mais lento;

As Benzodiazepinas devem ser utilizadas apenas em Síndrome de abstinência alcoólica ou dependência das mesmas.

Medidas Não Farmacológicas

- ▶ Monitorização Diária do *Delirium* com Escalas validadas para a UCI

Medidas Não Farmacológicas

1. Ambiente:

- ▶ Promover um ambiente favorável, tranquilo e limpo;
- ▶ Evitar movimentos da cama e paciente;
- ▶ Orientação no tempo e no espaço;
- ▶ Controlar a luminosidade (Dia/Noite);
- ▶ Controlar o Ruído;
- ▶ Musicoterapia e técnicas de relaxamento;

Medidas Não Farmacológicas

2. Mobilização precoce:

- ▶ Promover um posicionamento confortável do doente;
- ▶ Mobilização nas primeiras 24H;

Medidas Não Farmacológicas

3. Higiene do Sono:

- ▶ Desenvolver um protocolo de sono de acordo com o doente ;
- ▶ Promover o sono, tentando compreender as rotinas de sono do doente;
- ▶ Evitar acordar o doente interrompendo o seu ciclo de sono;
- ▶ Desligar luzes durante o período noturno;
- ▶ Ajustar horários de terapêutica;
- ▶ Ajustar horários de intervenções;
- ▶ Oferecer terapêutica que promova o sono.

Medidas Não Farmacológicas

4. Equipamentos/Dispositivos:

- ▶ Promover atividades de estímulo cognitivo;
- ▶ Minimizar e remover equipamentos não essenciais;
- ▶ Promover equipamentos de adaptação e diminuição da privação sensorial;

A restrição física e mecânica deve ser evitada ao máximo

Medidas Não Farmacológicas

5. Família e Amigos

- ▶ Envolvimento quando possível da família/ visitas;
- ▶ Fornecer informação à Família;
- ▶ Promover e encorajar a comunicação e assistência ao familiar.



4. Responsabilidades

- ▶ É da responsabilidade dos Enfermeiros a avaliação da escala ICDSC à pessoa em Situação Crítica internada numa unidade de cuidados intensivos, após as 24 horas.

5. Metodologia (Escala ICDSC)

Avaliação do doente	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5
Alteração dos níveis de consciência * (A-E)					

Se A ou B não completar a restante avaliação nesse período

Desatenção					
Desorientação					
Alucinação, ilusão ou Psicose					
Agitação Psicomotora ou Lentificação					
Discurso ou Humor Impróprios					
Alterações de Ciclo de Sono/Vigília					
Sintomatologia Intermitente					
Pontuação Total (0-8)					

Pontuação

Níveis de Consciência* A: Sem resposta

B: Responde a estimulação intensa e repetida

C: Responde a estimulação leve ou moderada

D: Despertar Normal

E: Resposta exagerada a estimulação normal

O sistema de pontuação é de 0 ou 1

Se pontuação igual ou superior a 4 : *Delirium*

0

1

1

-

Escala ICDSC

1. Alteração dos níveis de Consciência:

- ▶ A- Sem resposta;
- ▶ B- Necessidade de estimulação vigorosa para obter qualquer resposta que indique uma alteração grave no nível de consciência que impossibilita a avaliação;
- ▶ C- Sonolência ou necessidade de uma estimulação suave a moderada para obtenção de resposta, implica um nível alterado de consciência, sendo atribuído 1 ponto;
- ▶ D- Estado de Vigília ou sonolência suscetível de despertar com facilidade são considerados normais, pelo que não é atribuída qualquer pontuação;
- ▶ E- Hipervigilância é classificada como um nível anormal de consciência, sendo atribuído 1 ponto.

Em caso de coma (A) ou letargia (B) na maior parte do tempo, é registado um travessão (-), não havendo lugar a mais nenhuma avaliação durante esse período.

Escala ICDSC

2. Desatenção:

- ▶ Dificuldade em acompanhar uma conversa ou instruções;
- ▶ Facilidade de distração perante estímulos externos;
- ▶ Dificuldade em mudar o foco da atenção. Ambas as situações correspondem a 1 ponto;

Escala ICDSC

3. Desorientação:

- ▶ Qualquer erro óbvio face ao tempo, lugar, ou pessoa equivale a 1 ponto;

Escala ICDSC

4. Alucinação, ilusão ou psicose:

- ▶ A manifestação clínica inequívoca de alucinação ou de comportamento devido provavelmente a alucinação (ex: tentar agarrar com a mão um objeto que não existe) ou ilusão;
- ▶ Alteração grosseira em avaliar a realidade;
- ▶ Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto;

Escala ICDSC

5. Agitação Psicomotora ou lentificação:

- ▶ Hiperatividade que exige o recurso a fármacos sedativos adicionais ou de restrição de movimentos para controlar o potencial perigo para o próprio doente ou para terceiros (ex.: retirar as linhas intravenosas, agredir pessoas).
- ▶ Diminuição da atividade ou lentificação psicomotora clinicamente assinalável;
- ▶ Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

Escala ICDSC

6. Discurso ou Humor Impróprios:

- ▶ Discurso Impróprio, desorganizado ou incoerente;
- ▶ Manifestação inadequada de emoções relacionadas com eventos ou situações;
- ▶ Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

Escala ICDSC

7. Alterações do Ciclo do Sono/ Vigília:

- ▶ Dormir menos 4 horas ou acordar frequentemente durante a noite (não considerar o despertar provocado pela equipa médica ou ambiente ruidoso);
- ▶ Dormir durante a maior parte do dia;
- ▶ Qualquer uma destas situações corresponde a 1 ponto.

Escala ICDSC

8. Sintomatologia Intermitente:

- ▶ A intermitência das manifestações de qualquer um dos itens ou sintomas ao longo de 24 horas (ex.: de um turno para o outro) corresponde a 1 ponto.

- ▶ A avaliação e monitorização de doentes que têm risco moderado ou elevado de desenvolver a síndrome devem ser realizadas 1 vez/ turno

Conclusão

- ▶ O *Delirium* é uma alteração multifatorial cada vez mais frequente e, constantemente, não diagnosticada e não tratada adequadamente e muitas vezes subestimada.
- ▶ Os fatores de risco são diversos, pelo que a prevenção deve seguir pela implementação de estratégias que tenham como objetivo a diminuição da influência na síndrome.
- ▶ Esta perturbação provoca consequências como o aumento de dias de internamento e implicações pós -alta.
- ▶ A monitorização do *Delirium*, através de escalas validadas, como a CAM -ICU e a ICDSC é um dos pontos fundamentais para a prevenção.
- ▶ A implementação de abordagens no controlo da dor , agitação e *delirium* têm demonstrado eficácia na prevenção.
- ▶ O controlo dos fatores ambientais, como a luz e o ruído, a diminuição dos alarmes dos equipamentos, promover um ambiente calmo e diminuir os procedimentos em período noturno diminuem o risco do *delirium*.

Bibliografia

- ▶ Dubois M, J. Bergeron M, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med.* 2001 Jul; 27: 1297-1304. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511942>, acessado a 14 de outubro de 2023.
- ▶ MORENO, R. P.; & FÁRIA, R. da S. B. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, (25), 2. 137 - 147. <https://doi.org/10.5935/013-507X.20130025>.
- ▶ Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med.* 2001 Jul;29(7):1370-9. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11445699>, acessado a 15 de outubro de 2023.
- ▶ Liang, S [et al.]. Non- Pharmacological delirium prevention practises among critical nurses: a qualitative study. *BMC Nursing.* 2022, 21: 235. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01019-5>, acessado a 15 de outubro de 2023.
- ▶ Pinho, J.A. et al (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*, 1ª Edição, Lidel.

Apêndice 3 – Formulário da avaliação da atividade formativa e do formador

Delirium em Cuidados Intensivos: "Procedimento Técnico de Enfermagem: Escala de Delirium ICSDC"

B **I** U  

O seguinte formulário serve como avaliação da formação "Procedimento Técnico de Enfermagem: Escala de *Delirium* ICSDC". Esta formação é realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem De Viana do Castelo.

Qual a sua opinião relativamente aos conteúdos abordados durante a sessão de formação?

- ☐ Altamente satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Pouco Satisfeito
- ☐ Nada Satisfeito

A sessão de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos?

- ☐ Altamente Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Pouco satisfeito
- ☐ Nada Satisfeito
- ☐ Outra opção...

Considera que os conteúdos expostos são pertinentes para a prática clínica e permitem melhorar o desempenho profissional?

- ☐ Concordo Totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Outra opção...

O tempo de duração da sessão de formação foi adequado?

- ☐ Concordo Totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Outra opção...

O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados durante a sessão de formação?

- ☐ Concordo Totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Outra opção...

A metodologia utilizada na apresentação da formação foi adequada aos conteúdos abordados?

- ☐ Concordo Totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Indiferente
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Outra opção...

Porque considera pertinente o estudo do *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos?

Texto de resposta longa

**Apêndice 4 – Resultado das avaliações dos participantes sobre a formação realizada
a 17 de novembro**

Gráfico 1 - Opinião sobre os Conteúdos abordados durante a sessão de formação

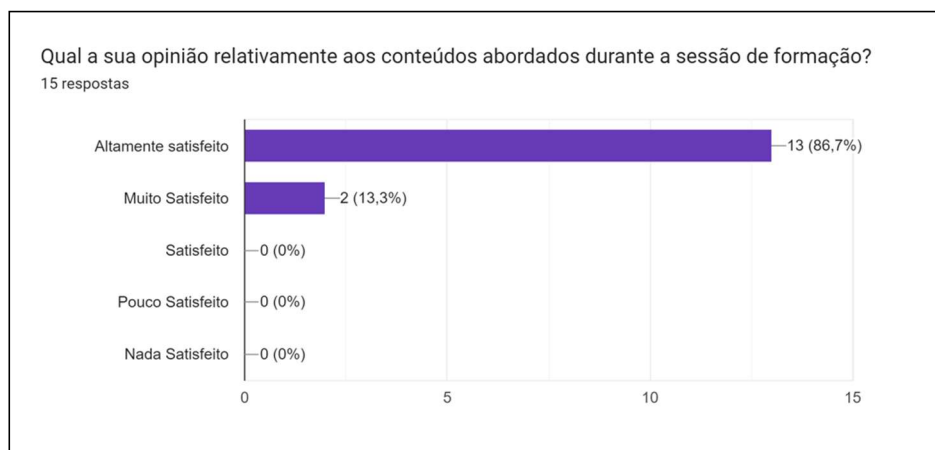


Gráfico 2- Aquisição de novos conhecimentos com a sessão de formação

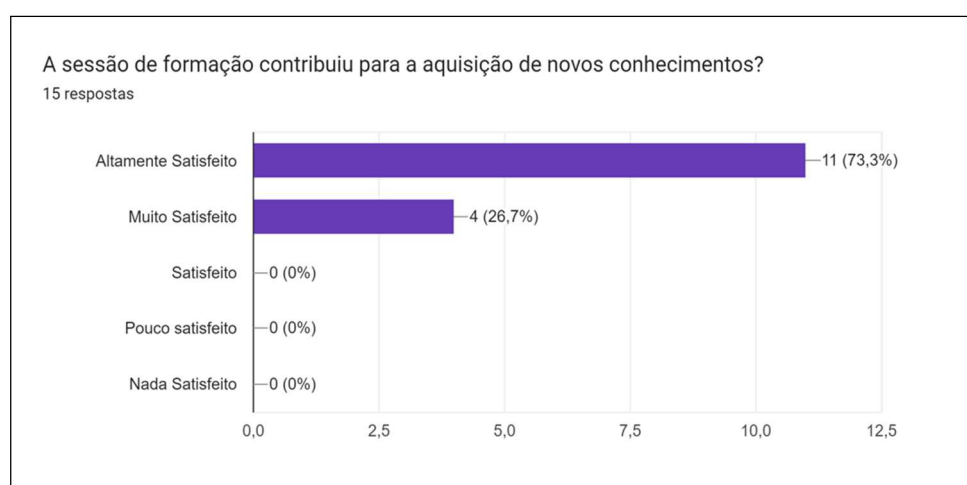


Gráfico 3 – Opinião sobre os conteúdos expostos para a prática clínica e para o desempenho profissional

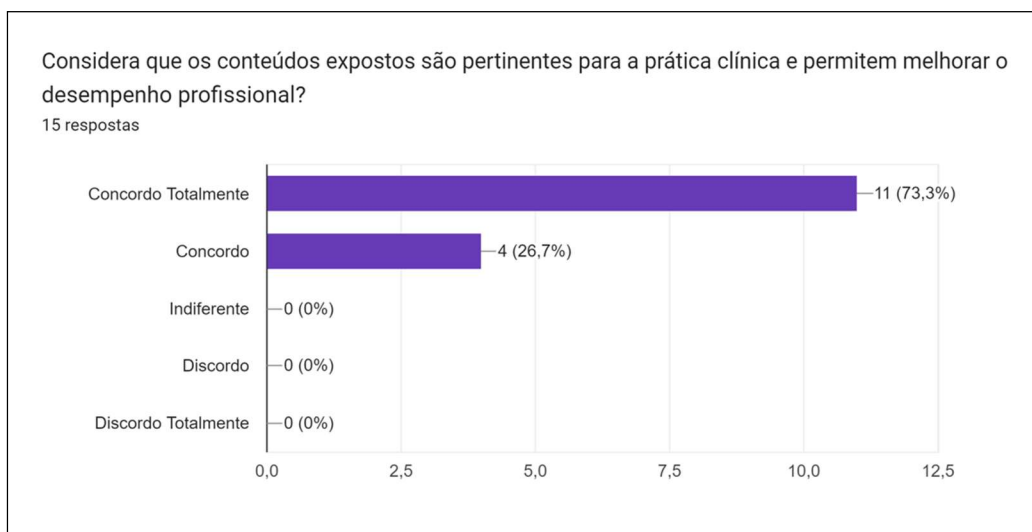


Gráfico 4 – Tempo da sessão de formação

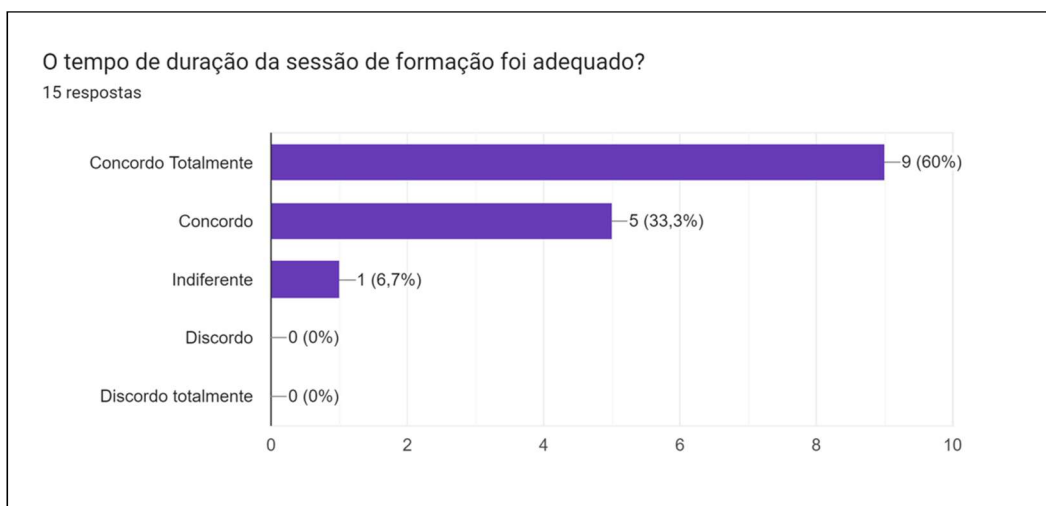


Gráfico 5 – Domínio e Clareza do Formador na exposição dos conteúdos da sessão de formação

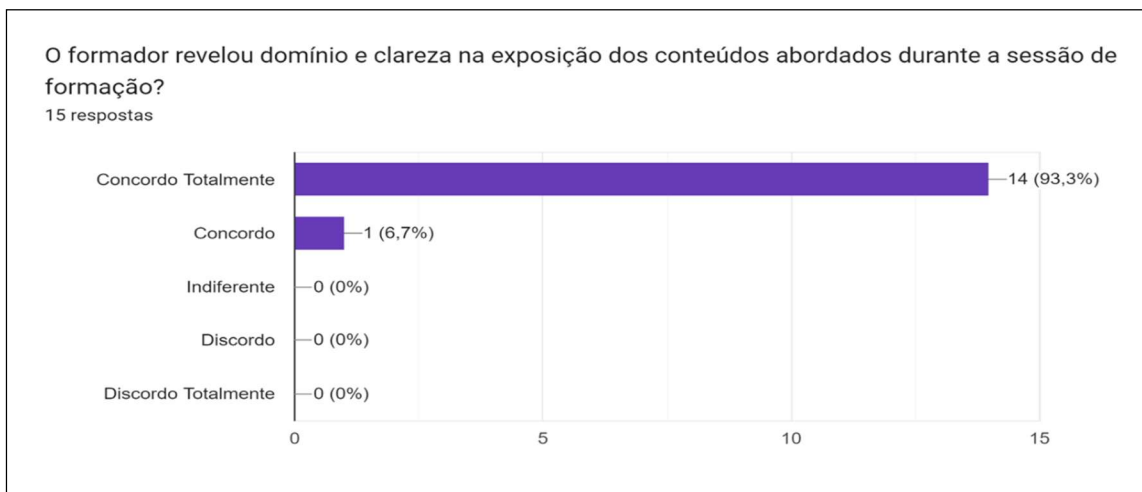
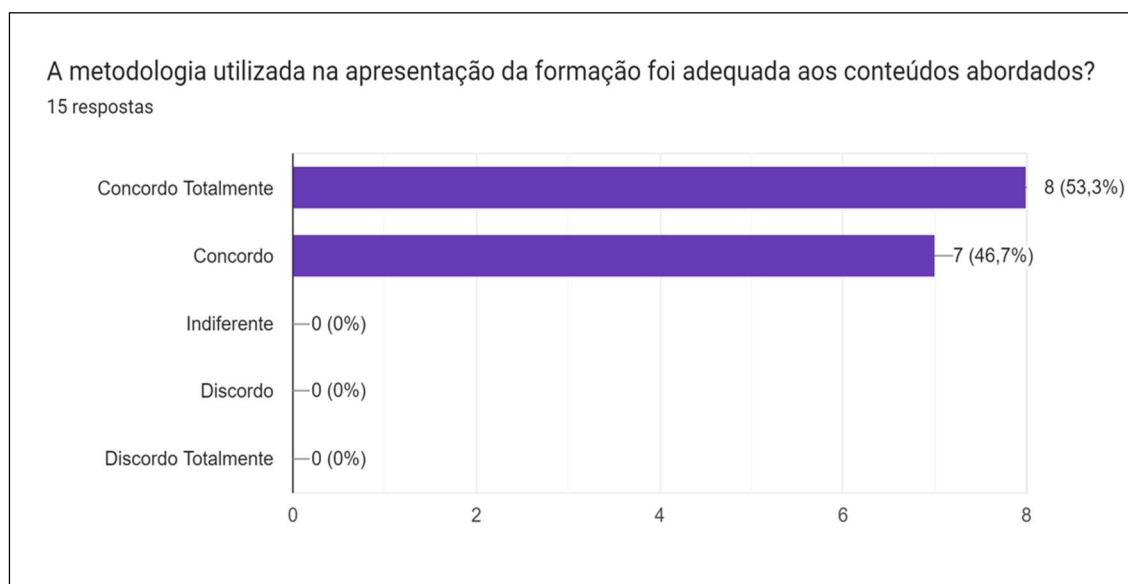


Gráfico 6 – Metodologia da sessão de forma



Opinião dos participantes sobre a importância da formação e sobre a temática do *Delirium*

Apesar do Delirium ser muito incidente, acaba por não ser devidamente avaliado

Sendo eu enfermeira num serviço de cuidados intensivos há quase 14 anos, cada vez mais vemos doentes com Delirium. O diagnóstico deste problema leva a uma melhoria ao nível dos cuidados prestados, fazendo com que muitas das vezes se reduza inclusivamente o numero de dias de internamento. Daí considerar que o estudo do Delirium na Pessoa em Situação Crítica é uma mais valia, não só para o profissional de saúde, direccionando a sua forma de atuação, como para o próprio doente em situação crítica.

O Delirium está muito presente na prática clínica, contudo nem sempre coloco em prática todas as intervenções necessárias para a sua prevenção. Esta formação vem reforçar positivamente a sua importância, não só pela a sua avaliação, mas também pelas intervenções necessárias a adotar.

Porque é um problema com elevada prevalência nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos com impacto negativo que se reflete no aumento da morbilidade e mortalidade.

Porque afecta a maior parte dos doente internados em UCI's e tem influência na morbilidade e mortalidade

O Delirium é uma problemática no nosso contexto profissional, mas muitas vezes não é devidamente identificado e classificado.

Esta formação foi muito importante, pois como me encontro em integração nesta unidade, tornou-se essencial para a compreensão desta problemática, a necessidade de avaliar o Delirium com escalas próprias, as repercussões que este tem no doente, assim como quais as medidas que devem ser implementadas.

Este assunto é muito importante para melhorar os cuidados ao doente, pois muitas vezes para além de não avaliar sistematicamente o Delirium, nem sempre adotava as minhas estratégias para a sua prevenção

O delirium é um tema muitas vezes desvalorizado, sendo que é uma complicação no doente crítico e um indicador de pior prognóstico

O Delirium é cada vez mais uma questão iminente na UCI mas nem sempre devidamente abordada.

Para a melhoria dos cuidados prestados.

A avaliação do delirium é muito importante no doente crítico mas por vezes não é avaliado, nem devidamente bem identificado. Para além disso, esta formação foi importante para relembrar as estratégias necessárias para a prevenção do delirium

**Apêndice 5 – Resultado das avaliações dos participantes sobre a formação realizada
a 29 de novembro**

Gráfico 1 – Opinião sobre os Conteúdos abordados durante a sessão de formação

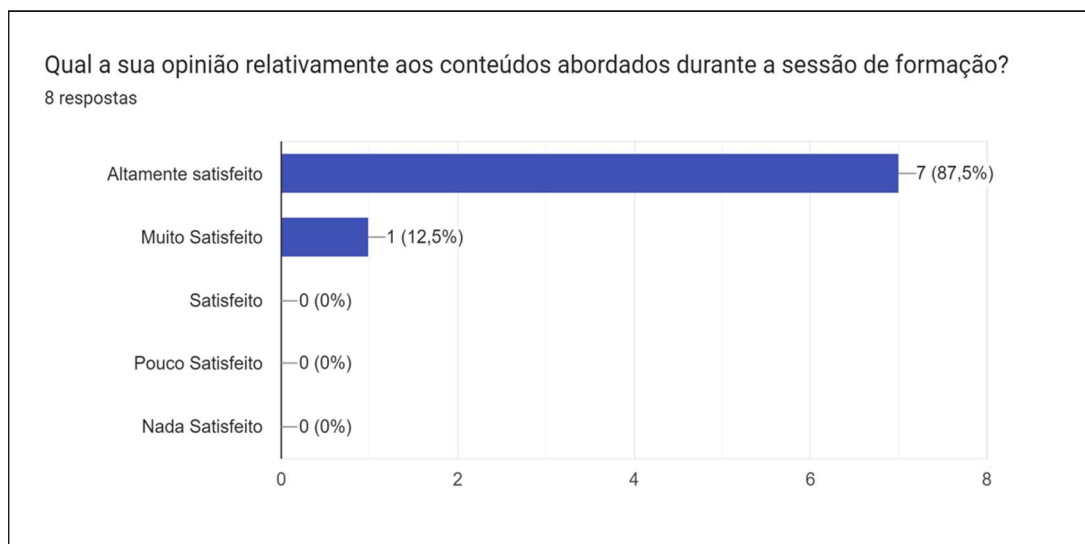


Gráfico 2- Aquisição de novos conhecimentos com a sessão de formação

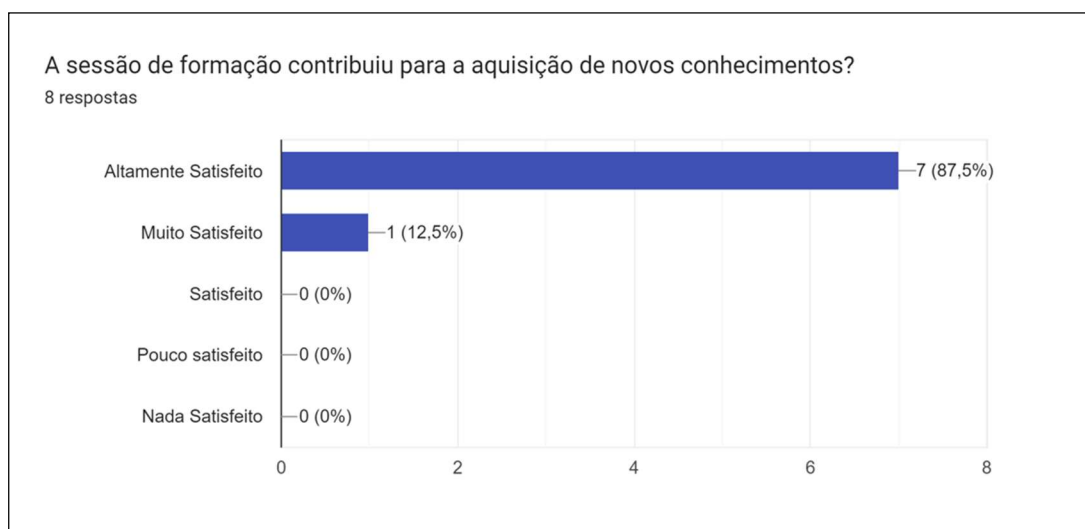


Gráfico 3 – Opinião sobre os conteúdos expostos para a prática clínica e para o desempenho profissional



Gráfico 4 – Tempo da sessão de formação

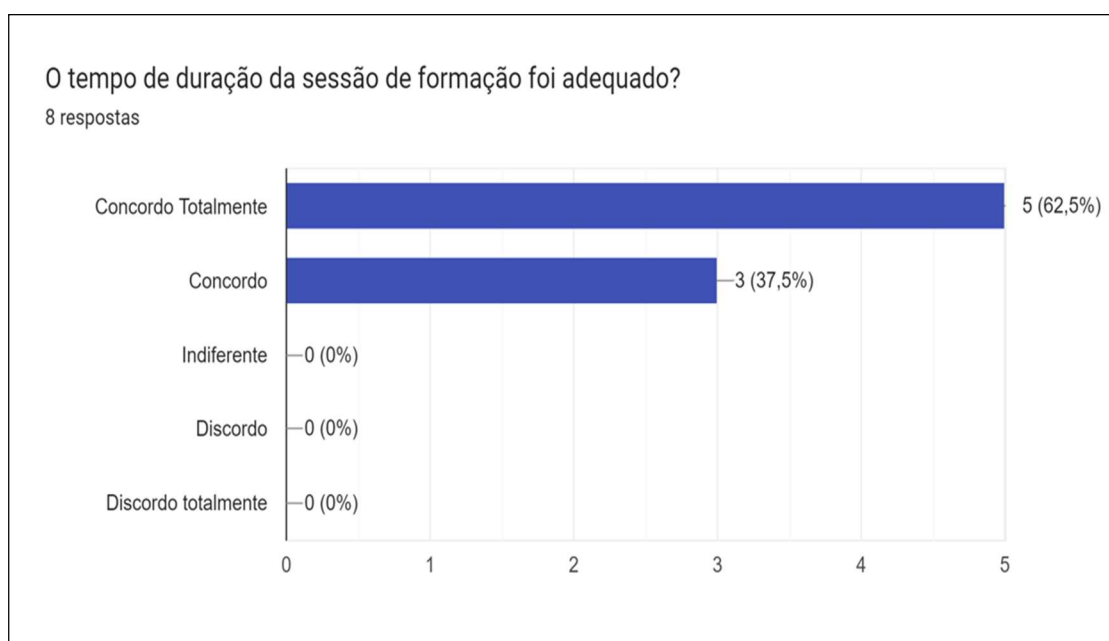


Gráfico 5 – Domínio e Clareza do Formador na exposição dos conteúdos da sessão de formação

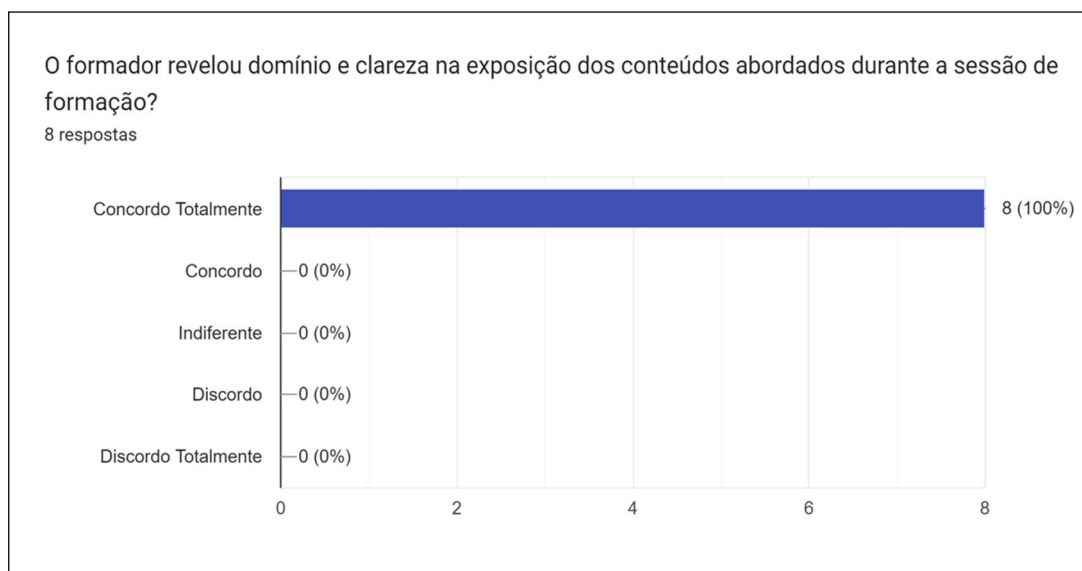
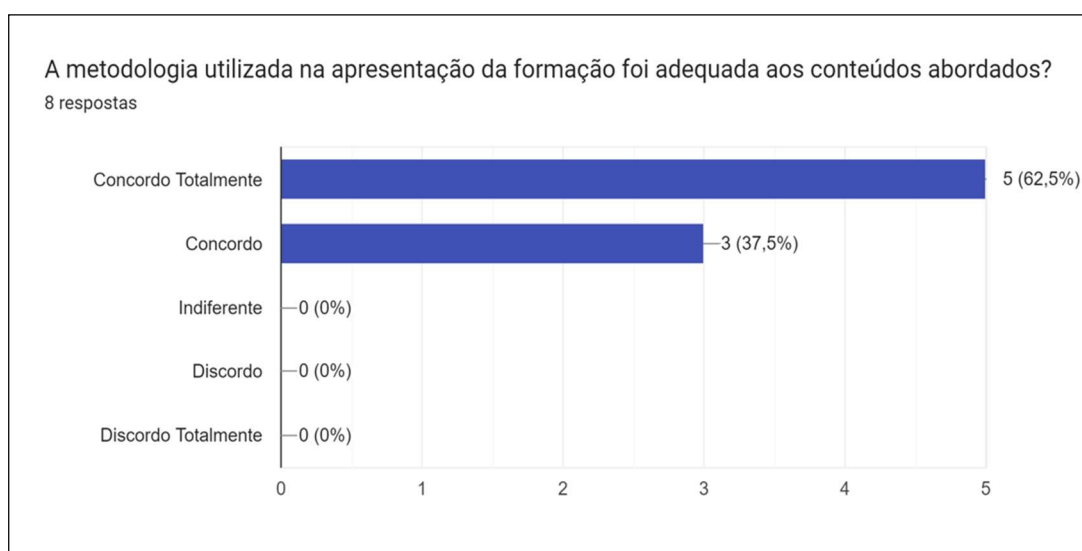


Gráfico 6 – Metodologia da sessão de forma



Opinião dos participantes sobre a importância da formação e sobre a temática do *Delirium*

Para identificar e avaliar o delirium.

maior sensibilização para a prevenção do delirium

o delirium é muito importante no doente crítico e muitas vezes ou por falta de tempo ou por não estar desperto para o tema, acabo por não o avaliar e identificar

para melhorar os cuidados de enfermagem

para a identificação do delirium e utilização de medidas preventivas

para melhorar os cuidados

O delirium muitas vezes não está ser avaliado e identificado

o delirium é um indicador importante no prognóstico do doente