



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

**DA PREVENÇÃO AO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA COM DELIRIUM: UMA INTERVENÇÃO
ESPECIALIZADA**

FROM PREVENTION TO CARE FOR PEOPLE IN CRITICAL
SITUATIONS WITH DELIRIUM: A SPECIALIZED INTERVENTION

Por

Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves

Lisboa, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

**DA PREVENÇÃO AO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA COM DELIRIUM: UMA INTERVENÇÃO
ESPECIALIZADA**

**FROM PREVENTION TO CARE FOR PEOPLE IN CRITICAL
SITUATIONS WITH DELIRIUM: A SPECIALIZED INTERVENTION**

Por

Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves

Sob a orientação de Professora Doutora Lurdes Martins

Lisboa, 2021

Cuidado é quando tocamos
com carinho o mundo de
outra pessoa
Mayara Benatt

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Professora Doutora Lurdes Martins, pela sua disponibilidade, palavras de incentivo, amizade e pela partilha de conhecimento fundamental à concretização deste percurso.

Aos meus orientadores de estágio, pela disponibilidade, exemplo e apoio.

A toda a minha família pelo apoio, carinho e preocupação durante este percurso.

A ti Vítor, por todo o apoio, amor e incentivo, sem os quais teria sido impossível este percurso.

Aos meus filhos, por acreditarem em mim, pela força e o orgulho que me transmitem sempre que preciso.

A todas as pessoas que comigo privaram ao longo deste percurso, e que de uma forma ou outra me enriqueceram pessoal e profissionalmente.

RESUMO

Pretende-se com o presente relatório descrever o percurso de aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em contexto de prática clínica, bem como, de projetos desenvolvidos e concretizados. Assim este relatório tem como objetivo, a descrição e a análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento de aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no decorrer do estágio de Unidade de Cuidados Intensivos e de Serviço de Urgência.

Neste percurso de desenvolvimento profissional e pessoal que efetuei, tive sempre a Pessoa em situação crítica e sua família na essência dos meus cuidados, tendo como objetivos desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais, no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O ambiente de cuidados intensivos e de um serviço de urgência, possui características físicas, psicológicas, sociais e culturais muito particulares, a imprevisibilidade decorrente da instabilidade do quadro clínico, a dinâmica do serviço, a complexidade da tecnologia e dos cuidados prestados provocam na pessoa e família, uma acentuada necessidade de conforto. E é essa necessidade de **conforto** que me direcionou ao longo de todo o percurso de prática clínica.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, com o objetivo de prevenir complicações e potenciais problemas, elaborei um projeto de intervenção, na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*. A metodologia escolhida foi a metodologia de trabalho de projeto, por ser um processo dinâmico, que se centra na investigação, análise e resolução de problemas ou necessidades e pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se foca o projeto.

No desenvolvimento deste projeto o conforto surge como construto major do cuidado, está presente nas medidas farmacológicas, não farmacológicas, nas multicomponentes e desenvolve-se nos quatro contextos: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

A realização do projeto de intervenção, foi um processo enriquecedor, que trouxe contributos importantes para a minha aprendizagem, para o desenvolvimento de competências de investigação, competências específicas na conceção e na gestão de cuidados de enfermagem de qualidade. Permitiu, ainda, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções, além de contributos para o futuro, pois criou uma dinâmica que entra no ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

As experiências formativas, práticas e reflexivas porque passei, estimularam o meu pensamento crítico, foram determinantes e essenciais para a mudança que foi ocorrendo gradualmente na minha postura enquanto profissional.

O enriquecimento pessoal e profissional foi vasto. No futuro as capacidades, atitudes e competências desenvolvidas, devem ser integradas na prática clínica, de forma a assegurar cuidados de enfermagem de qualidade. E a busca contínua, por melhores cuidados e estratégias, tendo como base, a melhor evidência científica, uma constante!

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Conforto; *Delirium*.

ABSTRACT

This report intends to describe the learning curve both impacted on by personal experiences and activities in a clinical practical environment and developed and concluded projects. Hence, the goals of this report are to make a description and a clinic-reflexive analysis in the development of the common and specific skills acquired in the roles of Nurse Specialist in Medico-Surgical Nursing and Master, in the field of nursing related to the patient in critical care, during a training period at the Intensive Care Unit and Emergency Department.

In this journey of professional and personal growth, I had always in mind the patient in critical condition and the family when providing care, and aiming to expand my ethical, technical, scientific and interpersonal skills, which are altogether involved in the specialised care of the patient in critical condition and the family and contribute to the improvement of care quality in nursing.

The environment of Intensive Care and Emergency Department have extremely specific physical, psychological, social, and cultural characteristics and adding the factor of unpredictability due to the volatility of the patient's clinical chart, the unit dynamics, the technology complexity and care, which arouse an additional need for comfort. And it was this necessity of comfort that directed me during my clinical practice.

In the continuous search of excellence exerted in professional practice, intending to prevent complications and potential problems, I elaborated an interventional project in the prevention and care of patient in critical care diagnosed with Delirium. The work project methodology was chosen for it being a dynamic process that centres in investigation, analysis and problem solving and postulates the implication of all intervenient and population of which this project focuses on.

During the development of this project, comfort arises as a major construct in central care, it is present in pharmacological and non-pharmacological and multicomponent measures, stemmed on four contexts: physical, sociocultural, psychospiritual and environmental.

Throughout the intervention project, I have come to believe it was an enriching process that made an important contribution to my learning, having application on the development of my investigative and other specific skills impacting on the understanding and management of nursing care quality. Furthermore, it enabled me to develop solutions including a reflection about the implications and responsibilities of ethical and social derived from these solutions, beyond future contributions it may bring, it created a dynamic which enters in the cycle of improvement of quality in nursing care.

In the course of my learning, including theoretical, practical and reflective experiences, my critical thinking was challenged, and they were impacting and essential for the change occurring gradually in my attitude towards my profession.

The personal and professional enrichment was vast. In retrospect to the future, my skills and attitude I have been developing must be part of clinical practice to ensure the quality of nursing care. The continuous commitment for better care and strategies having as base a better clinical evidence, a constant!

Key Words: Nursing Care, Patient in Critical Care, Comfort, Delirium

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA	American Psychological Association
APA	American Psychiatric Association
BO	Bloco Operatório
BPS	Behavioral Pain Scale
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
ICD-10	International Classification of Diseases-10
ILLACL	Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
NAS	Nursing Activities Score
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SCTQ	Área de Superfície Corporal Total Queimada
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Sala Observação
SU	Serviço de Urgência

UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCP	Universidade Católica Portuguesa

LISTA DE ABREVIATURAS

Art.	Artigo
Ed.	Edição
N.º	Número
P.	Página
S.	Sem
Suf.	Sufixo

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com <i>Delirium</i> na Unidade X: Um Projeto de Intervenção	28
1.1.1. Estado da Arte	28
1.1.2. Diagnóstico de Situação	35
1.1.3. Definição de Objetivos	36
1.1.4. Planeamento	36
1.1.5. Execução	38
1.1.6. Avaliação	40
1.1.7. Divulgação dos Resultados	41
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	43
2.1. Em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	44
2.2. Em Contexto de Serviço de Atendimento Urgente	56
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	65
4. CONCLUSÃO	67
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
6. BIBLIOGRAFIA	79
APÊNDICES	83
ANEXOS	237

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I Projeto de Intervenção: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade X

APÊNDICE II Quadro de Resultados para a questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*?

APÊNDICE III Artigo: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade X: Um Projeto de Intervenção

APÊNDICE IV Formação aos pares: Como usar o extintor

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço: “Hemodinâmica e estação de anestesia da Drager”

ANEXO II Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço: “Aplicação e preenchimento de escalas de avaliação na pessoa vítima de queimadura; Registos de enfermagem na pessoa vítima de queimadura”

ANEXO III Cartaz informativo: Triagem e Acondicionamento de Resíduos Hospitalares

ANEXO IV Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço: “Prevenção da pneumonia associada à ventilação/intubação”

ANEXO V Declaração de Formadora na Sessão de Formação em Serviço: “Prevenção e Cuidado ao Doente com *Delirium* na Unidade X”

ANEXO VI Declaração de participação na Conferência: “(Cuidados de) Saúde e Espiritualidade”

ANEXO VII Declaração de participação no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”

ANEXO VIII Declaração de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro”

0. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Com a sua elaboração pretende-se descrever o percurso de aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em contexto de prática clínica, bem como de projetos desenvolvidos e concretizados. Assim, este relatório tem como objetivo a descrição e a análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento de aquisição de competências comuns, específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no decorrer do estágio de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e de Serviço de Urgência (SU), tendo por referência os objetivos delineados para cada contexto.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista é definido como um (...)“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011a, p. 8648).

Enquanto enfermeiros especialistas na prática clínica, assumimos perante a sociedade um papel, assente numa tríade: o código deontológico, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e o perfil de competências comuns e específicas (Nunes,2014).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros são: Cuidar da pessoa, família/cuidador, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e

de resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429, 2018).

O Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, atualiza a atribuição do título de especialista e regula as competências comuns do enfermeiro especialista, pelo que todos independentemente da sua área de especialização partilham a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O código deontológico é o pilar essencial para a prática de enfermagem e um instrumento importante na reflexão da mesma, ao longo dos seus artigos determina, como dever geral (...)“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.30).

Relativamente aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na Pessoa em situação crítica, estes foram elaborados para serem norteadores da prática e visam explicitar a natureza da mesma. Foram identificadas sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Regulamento nº361,2015).

A enfermagem como disciplina com intervenção na área da saúde, tem como alvo Cuidar a Pessoa, com as suas características e experiências únicas, com os seus valores e crenças, o que a torna um ser único, com dignidade própria e cuja diversidade é inquestionável. Cuidar é uma abordagem individual, dirigida à totalidade da pessoa e o seu objetivo é proteger, preservar e aumentar a dignidade humana.

Cuidar é a atenção especial que se dá a uma pessoa, de forma a ajudá-la, é contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde (Hesbeen,2004). Ao usar o termo cuidar estão incluídos três sentidos: atenção ou preocupação com; responsabilidade por ou prestação a alguém; consideração, apreço ou relação (Gaut,2013).

É este cuidar que tem estado na essência da minha prática clínica, desde 1990. A busca por melhores cuidados e estratégias para os aplicar na prática, sempre baseada na evidência científica. É com esse espírito que ingresso no curso de mestrado, com vontade de aprender, de adquirir novas competências, de aprofundar conhecimentos e partilhar experiências. Com um percurso extenso, sempre na área da cirurgia, venho para esta aprendizagem de mente aberta a novas aprendizagens e novos desafios.

No decorrer deste percurso de aquisição de competências, e com empenho em minimizar o impacto negativo na Pessoa a vivenciar mudanças de ambiente forçadas pela necessidade do processo de assistência de saúde, direcionei a minha atuação para o conforto, pelo que escolhi como referencial teórico no desenvolvimento da prática em estágio, a teoria do conforto de Kolcaba.

A pessoa em situação crítica encontra-se numa situação de vulnerabilidade e de fragilidade, a sua situação requer cuidados de saúde, altamente diferenciados e qualificados, toda a tecnologia e aparato característicos das unidades de cuidados intensivos, a dificuldade por vezes de estabelecer uma comunicação verbal, as visitas restritas (neste contexto a escassez delas), contribuem para essa fragilidade para esse “desconforto”. E é essa perceção do desconforto, no sentido de compreender o conforto e as medidas utilizadas pelo enfermeiro para o alívio do sofrimento, que é consistente com a missão da enfermagem (Sousa,2014).

Em contexto clínico, deparei-me muitas vezes com pessoas em situação crítica com alterações da cognição e do comportamento, compatíveis com o diagnóstico de *Delirium*, também nestes casos o conforto nos seus quatro contextos, com especial relevância para o contexto ambiental é fulcral e uma responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas, pois são eles que detêm competências, na área da promoção e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

Em termos estruturais, este relatório encontra-se organizado de acordo com o guia de estágio final e relatório da UCP (2020). Na Introdução fez-se o enquadramento ético, legal e concetual. O enquadramento teórico surge no primeiro capítulo, onde se expõe e analisa a temática desenvolvida ao longo dos estágios, bem como, todas as fases do projeto de intervenção “Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em situação crítica com *Delirium* na unidade X”. No segundo e terceiro capítulo descreve-se e analisa-

se o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, referente aos dois estágios. Como base de orientação no processo de aquisição de competências recorri ao modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001). Por último a conclusão onde se faz uma apreciação global de todo o percurso, seguindo-se as referências bibliográficas, os anexos e apêndices.

Este relatório está redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição.

Optei por utilizar o termo Pessoa na construção deste relatório por ser um dos quatro conceitos do Metaparadigma, juntamente com Saúde, Ambiente e Cuidados de enfermagem, além de que é um dos conceitos que servem de base à elaboração dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e por último, Pessoa é o termo escolhido para referenciar o curso de mestrado que eu escolhi.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste percurso de desenvolvimento profissional e pessoal que efetuei, tive sempre a Pessoa em situação crítica e a sua família na essência dos meus cuidados, pelo que é pertinente compreendermos o conceito, (...)“**pessoa em situação crítica** é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios de suporte avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p. 8656).

Como todos somos parte integrante de um sistema familiar e a eficácia dos nossos cuidados é otimizada, se dermos mais ênfase à família e não apenas à Pessoa, é também importante neste enquadramento teórico, o conceito que o International Council of Nurses(ICN) apresenta sobre a **família**, (...)“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2010, p.115).

Perante a Pessoa em situação crítica e a sua família, os **cuidados de enfermagem especializados** exigem (...)“observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo 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” (OE, 2011b, p.8656). Estes cuidados devem caminhar sempre lado a lado com a humanização, na procura contínua da melhoria da qualidade do exercício profissional.

O internamento da pessoa em situação crítica constitui um acontecimento marcante, que provoca impacto, quer na pessoa, quer no seu grupo familiar (Khalaila, 2012), nesta experiência de doença e hospitalização, surgem sentimentos de angústia, stress e ansiedade, que se associam à incerteza e à possibilidade de morte (Sanchez-Vallejo et al., 2016) e que geram necessidades de várias ordens.

Necessidade em psicologia, designa-se como um estado interno de insatisfação causado pela falta de algum bem necessário ao bem-estar (Carver & Scheier, 2000). Para Maslow,

necessidade é a privação de certas satisfações e também a fonte de energia das motivações existentes no interior das pessoas (Maslow, 1962).

As necessidades sejam elas físicas, sociais, económicas, culturais ou psicológicas, são o foco dos cuidados de enfermagem. Muitas das teorias de enfermagem surgiram devido a essas mesmas necessidades, pois a ciência de enfermagem é um processo dinâmico, que nasce da prática e se reproduz na pesquisa, especialmente por meio de análise e desenvolvimento de conceitos e teorias (Bousso et al., 2014) A primeira escola do pensamento em enfermagem foi a das necessidades, com Virgínia Henderson como uma das teóricas desta escola, ela conceptualiza o cuidado de enfermagem, centrado na independência da pessoa e na satisfação das suas necessidades fundamentais.

O ambiente de uma UCI, possui características físicas, psicológicas, sociais e culturais muito particulares, a imprevisibilidade decorrente da instabilidade do quadro clínico, a dinâmica do serviço e a complexidade da tecnologia e dos cuidados prestados provocam na pessoa uma acentuada necessidade de conforto.

É essa necessidade de **conforto** que me direcionou ao longo de todo o percurso de prática clínica. Assim, no contexto das teorias de enfermagem, interessa compreender o conceito de conforto.

No dicionário da língua portuguesa contemporânea, Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (ILLACL, 2001, p.918) o termo conforto, significa “auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade, ato ou efeito de confortar, ajuda, consolação, consolo”.

A prática de enfermagem esteve desde os tempos mais remotos, ligada à noção de conforto, ao analisarmos a origem etimológica da palavra Enfermeiro, composto pelo termo enfermo mais suf. eiro. Enfermo tem a sua origem no termo latino *infirmus* que é referente àquele que não está forte ou que está fraco e, por sua vez, conforto deriva do latim *confortare* que significa fortalecer, revigorar (ILLACL, 2001). Assim, o enfermeiro é aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo (Apostolo, 2009).

Leininger refere que cuidar é a essência da enfermagem e o conforto um construto major da taxonomia do cuidar, sendo fundamental enquadrá-lo no contexto cultural, perceber qual o

significado que cada pessoa/família lhe dá, para que se possam prestar cuidados holísticos, culturalmente adequados, de acordo com as necessidades (citado por Apóstolo, 2009, p.65).

O conforto tem sido citado como um objetivo dos cuidados de enfermagem desde há mais de um século e tem estado associado ao acompanhamento, à presença, ao toque, à empatia e à compaixão como componentes críticos dos cuidados de enfermagem (Magalhães, 2009).

Segundo Ribeiro faz sentido olhar o conforto como a experiência de alívio ou consolo ou ainda, como sensação de paz, serenidade, tranquilidade ou aconchego, face à vivência de um incómodo ou perturbação considerada como desconfortadora (Ribeiro, 2012).

Katherine Kolcaba dedicou-se à conceptualização e operacionalização do conforto, fez a análise do conceito de forma a clarificar o significado do mesmo, construiu uma estrutura taxonómica dos seus aspetos e contextualizou-os numa teoria de médio alcance.

Para Kolcaba (1991, 2003) o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita. O estado de tranquilidade é o estado de calma, contentamento ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente. Por fim, o estado de transcendência é o estado no qual a pessoa sente que consegue controlar e resolver os seus problemas ou dor, é também chamado de renovação, atitude positiva. Kolcaba aborda estas três dimensões do conforto, mas refere que para promovê-lo não é necessário intervir nas três dimensões, mas sim na variável em que existe défice (Krinsky, 2014).

Estes estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito às sensações corporais, o contexto sociocultural às relações interpessoais, familiares e sociais, o contexto psicoespiritual referente à consciência de si mesmo, incluindo a autoestima, autoconceito, sentido de vida, podendo envolver uma ordem ou ser superior e o contexto ambiental que envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 1991).

Kolcaba conceptualizou o conforto na perspetiva da pessoa e do cuidador, sugere intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, refere ainda ser importante providenciar intervenções de suporte, que promovam a calma e a serenidade da

pessoa e intervenções promotoras do ambiente, dado este ser um fator que gera ansiedade (Krinsky, 2014).

Para Steiner & Kolcaba (2000), a pessoa que sente conforto fica mais fortalecida e consegue superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adapta-se melhor às limitações, cura-se mais depressa e reabilita-se melhor do que a pessoa que está desconfortável (citados por Sousa, 2014, p.40).

A vivência do conforto está relacionada essencialmente com alívio do desconforto, na perspectiva da pessoa, mas este conceito aparece também associado à saúde, ao carinho, ao toque, ao estar em paz, à conversa e à presença de família e amigos significativos. Na avaliação do conforto/desconforto o enfermeiro deve interpretar não só os sinais e sintomas, mas a autonomia e o equilíbrio pessoal e ambiental (Sousa, 2014).

O cuidado de conforto requer ações confortantes, mas também o resultado dessas mesmas ações, para a autora a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção. O conforto é, pois, parte integrante dos cuidados de saúde e também um ótimo indicador da qualidade dos mesmos (Kolcaba, 2003).

O conforto é entendido como um objetivo, um resultado e um padrão de cuidados de enfermagem universalmente desejável, assim como uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Kolcaba, 2003; Watson, 2002; Yousefi et al., 2009).

A ação confortadora reveste-se de complexidade e intencionalidade terapêutica, é direcionada pelos deveres e compromissos que preconizam o respeito pelos valores humanos (art.81.º do Estatuto da OE, do Código Deontológico do Enfermeiro), a humanização dos cuidados (art.89.º do Estatuto da OE) e a excelência no serviço (art.88.º do Estatuto da OE), é ainda dotada de sentido e pretende responder à globalidade da pessoa (Sousa, 2014).

Outro conceito importante para o enfermeiro é a **transição**, é um conceito e um objeto de estudo da enfermagem, segundo Meleis (1991) qualquer pessoa em mudança de saúde ou papel (processo de transição) necessita de cuidados de enfermagem. A pessoa a vivenciar uma situação crítica sofre uma mudança no seu estado de saúde/ doença, o que gera um processo de transição, tornando os indivíduos mais vulneráveis a riscos, aos quais é

necessário um processo de adaptação, na procura de atingir um novo estado de equilíbrio, ou seja, a passagem de um estado para outro (Meleis, 2010).

As transições são despoletadas não só por uma mudança do estado de saúde, mas também, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. As transições requerem que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere comportamentos (comportamentos promotores de saúde) e altere o conceito de si, num contexto social (Meleis, 1991). As respostas humanas envolvidas nas transições, exigem adaptação e as interações enfermeiro/ pessoa organizam-se em torno dessa intenção (processo de enfermagem), na qual o enfermeiro utiliza ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar, essa transição de forma saudável (Meleis & Trangenstein, 1994).

A evidência disponível demonstra que a **vulnerabilidade** está presente em todos os contextos de cuidados de saúde (Hansagi et al., 1991). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define vulnerabilidade como “grau de incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes” (OMS, 2002).

Na sua subjetividade, destacam-se três tipos de vulnerabilidade: a social, a psicológica (pode ocorrer na pessoa que é afastada do seu ambiente e colocada em contextos onde o autocontrolo e identidade estão alterados) e a física (incapacidade da pessoa para resistir a mais danos, quando a sua situação já está comprometida por doença ou trauma) (Cousley, 2015). A vulnerabilidade está ainda mais presente na pessoa em situação crítica, pela incapacidade em manter o controlo da sua situação ou de se proteger contra riscos ou ameaças à sua integridade e dignidade, como ser humano total, não diminuído. Este autor sugere ainda, que, para prestar cuidados de alta qualidade, os enfermeiros devem compreender a perceção de qualidade por parte da pessoa cuidada e assim, ajustar os cuidados prestados de encontro aos padrões expectados. Para isso é necessário estabelecer uma relação de cuidado com presença efetiva, transmissora de segurança que torne a vivência menos negativa (Irurita, 1999).

Apresentado o enquadramento teórico, os conceitos e evidências que serviram de referencial no percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências em ambiente clínico,

descreve-se no próximo subcapítulo o projeto de intervenção no campo da prevenção e do cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*, no qual se utilizou a **metodologia de trabalho de projeto**, com o objetivo de adquirir competências de investigação e de promover a qualidade dos cuidados, através de intervenções de enfermagem.

A realização deste projeto teve como premissa que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve prevenir complicações para a saúde da pessoa, identificando, o mais rápido possível, os problemas potenciais. Deve ainda prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas, ou minimizar os efeitos indesejáveis, utilizando rigor técnico e científico, na implementação dessas mesmas intervenções (Conselho de Enfermagem, 2001).

1.1. Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade X: Um Projeto de Intervenção

1.1.1. Estado da Arte

O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal (Maldonado, 2017), é maioritariamente precipitado por eventos agudos e têm elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica, internada em cuidados intensivos, pelo número considerável de comorbilidades predisponentes (Maldonado, 2017; Prayce et al., 2018; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2019).

Carateriza-se segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) por uma alteração da consciência, com diminuição da capacidade de manter, alterar ou focar a atenção, alteração da cognição (memória, orientação, linguagem), ou o desenvolvimento de alteração da perceção, que não pode ser explicada por quadro demencial estabelecido, pré-existente ou em evolução. As alterações descritas desenvolvem-se num curto período, geralmente horas a dias e tendem a flutuar ao longo do dia, com agravamento no final do dia e durante a noite (American Psychiatric Association [APA], 2014).

O *Delirium* é muitas vezes confundido com demência, mas enquanto a perturbação da consciência é comum no *Delirium*, na demência não está presente, também o aparecimento e a evolução das alterações cognitivas, no *Delirium* é rápido, levando dias ou horas, na demência é gradual ou insidioso (APA, 2014). No caso de subsistirem dúvidas no

diagnóstico, deve abordar-se inicialmente como *Delirium* (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019).

A *International Classification of Diseases-10* (ICD-10) inclui na sua definição: alterações da função psicomotora, alterações do ciclo sono-vigília, com insónia ou inversão e alterações do estado emocional, como depressão, irritabilidade, euforia, ansiedade ou medo. Algumas pessoas apresentam sintomas prodrómicos, como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do *Delirium* (Prayce et al., 2018).

O *Delirium* pode apresentar-se sob a forma hiperativa (agitação psicomotora, alucinações, alterações do padrão do sono), hipoativa (lentificação psicomotora, apatia, letargia) ou mista (episódios alternados de agitação, agressividade e hipoatividade) (Miranda et al., 2018, APA, 2014). Para Marcantónio embora se considere a agitação como o sintoma distinto do *Delirium*, este aumento no comportamento psicomotor representa apenas 25% dos casos, com os outros 75% apresentando condições hipoativas (citado por Miranda et al., 2018, p.2).

Esta síndrome está associada a um aumento da morbilidade, da mortalidade, do custo, do tempo de internamento, tem um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa, aumenta as complicações adquiridas no hospital (ex. extubação acidental, insucesso no desmame ventilatório), causando uma diminuição da qualidade de vida (Xiao et al., 2020; Maldonado, 2017).

A sua etiologia é complexa e frequentemente multifatorial, depende da interação entre as características da pessoa (ex. género, idade), da sua situação clínica (ex. infeção, trauma) e das características do meio (realização de manobras invasivas, internamento em cuidados intensivos) (Prayce et al., 2018).

A identificação de fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium* deve ser feita desde a admissão hospitalar, pois direciona as estratégias de prevenção e diagnóstico (Carrasco & Zalaquett, 2017). Ao intervirmos precocemente nos fatores de risco modificáveis, diminuimos a suscetibilidade da pessoa em situação crítica desenvolver *Delirium*. Existem fatores de risco não modificáveis (ex. idade, sexo, doenças crónicas), e os fatores de risco

modificáveis, decorrentes de patologias agudas e/ou causas iatrogénicas/ambientais (NICE, 2019).

Os fatores predisponentes aumentam a probabilidade da pessoa desenvolver *Delirium*, são eles: idade superior a 65 anos, sexo masculino, imobilidade, comorbilidades, deterioração funcional, síndromes depressivos, défice sensorial e auditivo, os défices cognitivos basais, abuso de álcool e/ou drogas, a presença de demência, polifarmácia, uso prévio de drogas psicoativas (narcóticos-benzodiazepínicos) e drogas com efeito anticolinérgico, antibióticos glicopeptídicos, desidratação, desnutrição, doença terminal e gravidade da doença (Carrasco & Zalaquett, 2017; Xiao et al., 2020; Maldonado, 2017; Mesa et al., 2018).

Como fatores precipitantes temos: alterações hidroeletrolíticas e metabólicas, anemia, hipoxia e estados de baixa perfusão, distúrbios no ciclo sono-vigília, sedação prolongada ou ininterrupta, uso ou privação de drogas, dor não controlada, infeção/ sépsis, trauma (queimaduras graves, procedimentos cirúrgicos), obstipação, imobilização prolongada, contenção física (o uso de restrições incluindo entubação endotraqueal, ventilação mecânica, cateteres vesicais, dispositivos de tração), distúrbios neurológicos e falha orgânica (Carrasco & Zalaquett, 2017; Xiao et al., 2020; Maldonado, 2017; Mesa et al., 2018).

O melhor tratamento é a prevenção, particularmente na pessoa com fatores de risco associados, sendo fulcral a implementação de **estratégias de prevenção**: minimizar o uso de agentes farmacológicos, que podem contribuir ou agravar o *Delirium*; melhorar o ciclo sono-vigília e restaurar o ritmo circadiano normal; implementar técnicas de mobilização antecipada; protocolos de despertar diário; remover acessos venosos, cateteres vesicais, restrições físicas e quaisquer outros aparelhos de imobilização o mais cedo possível; limitar no tempo a realização de contenção física; iniciar a fisioterapia e a terapia ocupacional assim que for clinicamente seguro; levantar o paciente o mais cedo possível; fornecer aos pacientes óculos e aparelhos auditivos para redução de défices sensoriais; fornecer estimulação intelectual e ambiental adequada o mais cedo possível; avaliar e tratar adequadamente a dor; avaliar a dor diariamente e titular os agentes opióides de forma a manter a analgesia adequada; suspensão da sedação, se possível (interromper as infusões de sedativos diariamente até que o paciente esteja acordado; reiniciar a sedação, se necessário, na menor dose eficaz; reavaliar a sedação através de uma escala (Bento et al., 2018; Carrasco & Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2016; Prayce et al., 2018).

O DSM-V e a ICD-10 definem critérios de diagnóstico do *Delirium*, mas a sua avaliação na pessoa internada em cuidados intensivos é feita através da utilização de escalas. Com o objetivo de detetar o *Delirium*, estão disponíveis diversos instrumentos, o *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU) e a Lista de Verificação de Triagem de *Delirium* em Terapia Intensiva (ICDSC), foram desenvolvidos e validados em ambiente de cuidados intensivos (Miranda et al., 2018; SIGN, 2019). O CAM-ICU está validado para Portugal e é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas, sendo amplamente utilizado em diversos estudos (Estrup, 2017; Kenes, 2017; Singh, 2018)). Outras ferramentas tiveram desvantagens significativas, como tempo de avaliação mais longo, falta de validação em estudos publicados e sensibilidade e/ou especificidade baixa (SIGN, 2019).

O CAM-ICU é um teste curto para o diagnóstico do *Delirium*, foi desenvolvido a partir da ferramenta mais longa do *Confusion Assessment Method*, não requer comunicação verbal com a pessoa, o que permite que seja utilizado em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva e intubação endotraqueal (Mesa et al., 2017; Miranda et al., 2018).

O CAM-ICU adota uma abordagem em etapas para a avaliação. Na primeira etapa, o nível de consciência da pessoa é avaliado através da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Na segunda etapa é avaliado o conteúdo de consciência com verificação de quatro critérios cardinais, cada um deles com dois níveis (ausente e presente), utilizados para estabelecer a presença de *Delirium*. O diagnóstico do *Delirium* é baseado na presença de dois critérios principais (início agudo ou flutuante mais falta de atenção) e de pelo menos um critério secundário (pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado) (Mesa et al., 2017; Miranda et al., 2018). A monitorização com a escala CAM-ICU deve ser aplicada uma vez por turno e sempre que haja alterações da consciência (Carrasco & Zalaquett, 2017; Mesa et al., 2017). Não se deve utilizar a escala CAM-ICU se demência avançada, surdez grave ou barreira linguística.

A SIGN fornece recomendações, com base em evidências atuais, com o objetivo de melhorar a deteção, avaliação, tratamento e acompanhamento da Pessoa com *Delirium*. Uma meta-análise concluiu que a aplicação de medidas multicomponentes reduz significativamente a incidência de *Delirium*. São exemplos de medidas multicomponentes: fisioterapia, reorientação, mobilização precoce, identificação e tratamento das causas subjacentes ou

complicações pós-operatórias, controlo da dor, regulação da função intestinal e da bexiga, hidratação, nutrição e fornecimento de oxigénio (SIGN,2019).

As medidas não farmacológicas e multicomponentes são a intervenção de primeira linha, incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais, sendo o foco o cuidado centrado na pessoa e na sua segurança (Maldonado, 2017; Prayce et al., 2018).

As medidas não farmacológicas descritas na literatura visam prevenir ou tratar:

O **declínio cognitivo** - o enfermeiro deve reorientar no tempo e no espaço a pessoa, interagindo mediante diálogos, utilizando um tom de voz calmo e sereno; promover a visita de familiares, pois é indispensável na prevenção e no tratamento do *Delirium*; promover as conversas telefónicas, as ajudas visuais que auxiliem a orientação (como o relógio, calendário) e complementar com elementos pessoais e familiares; promover a estimulação cognitiva: lembrar à pessoa a data, o lugar e o motivo do internamento, falar de acontecimentos atuais, facilitar o visionamento de programas de televisão adequados e/ou musicoterapia (Bento et al., 2018; Carrasco& Zalaquett, 2017; Maldonado, 2017; Pereira et al., 2017; Prayce et al., 2018; SIGN, 2019; Wassenaar, 2017).

O **défice visual e auditivo** – o enfermeiro para reduzir o défice sensorial, deve favorecer o uso de próteses visuais e auditivas, no caso da pessoa necessitar, de forma a melhorar a sua capacidade de perceção e interação com o meio ambiente (Bento et al., 2018; Carrasco& Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2017); prevenir a desidratação da córnea durante a sedação e usar técnicas de comunicação apropriadas (Wassenaar, 2017).

A **alteração do ciclo sono-vigília** – o enfermeiro deve garantir um ambiente calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília; promover um sono tranquilo, reduzir a luz e ruído durante a noite, evitar falar alto, reduzir o som dos telefones, dos alarmes dos monitores e ventiladores, reduzir a luminosidade dos monitores existentes no quarto; promover o uso de protetores auriculares (deve ser considerado individualmente, pois pode exacerbar a confusão) e programar as atividades, minimizando as intervenções clínicas no período noturno (Bento et al., 2018; Maldonado, 2017; SIGN, 2019; Wassenaar, 2017).

A **desidratação e desnutrição** – o enfermeiro deve promover uma nutrição e hidratação adequadas por via oral, quer ajustando a dieta ao gosto da pessoa, quer incentivando à utilização de próteses dentárias, quer ainda mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, evitando sempre que possível a alimentação por sonda nasogástrica; permitir e assegurar o ajuste adequado das próteses dentárias; fluidoterapia endovenosa quando indicado e monitorização do balanço hídrico (Bento et al., 2018; Carrasco& Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2016; Prayce te al., 2018; SIGN,2019).

A **obstipação** - o enfermeiro deve monitorizar o padrão intestinal (Carrasco& Zalaquett, 2017), administrar laxantes se necessário (ex. analgesia com opióides).

A **imobilidade** - o enfermeiro deve mobilizar os doentes logo que possível, favorecendo os posicionamentos (Pereira et al., 2016), deve ainda promover a remoção de cateteres e restrições físicas logo que possível (Bento et al., 2018; Maldonado, 2017); limitar no tempo a realização de contenção física pois está associada ao desenvolvimento e à persistência do *Delirium* (Carrasco& Zalaquett, 2017), existem recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) para só se utilizar excecionalmente após prescrição médica; manter a integridade da pele, avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras cutâneas e providenciar cuidados regulares nas áreas de pressão (Prayce te al., 2018).

A **infecção** - é indispensável que os enfermeiros cumpram com rigor as recomendações e normas definidas, nos cuidados prestados; evitem cateterismos desnecessários, minimizando sempre que possível a utilização de dispositivos invasivos; deve ainda identificar e tratar a infecção (Carrasco& Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2016).

A **dor** - o enfermeiro deve fazer a sua avaliação através do uso de instrumentos/escalas. Controlar, registar e monitorizar a dor (Bento et al., 2018; Prayce te al., 2018).

A **medicação** - o enfermeiro deve fazer a gestão adequada dos medicamentos prescritos em SOS, promover a revisão da terapêutica se desnecessária ou se existir polimedicação. Usar de forma mais sistemática as técnicas não farmacológicas, para tranquilizar a pessoa doente (Bento et al., 2018; Carrasco& Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2016; Prayce te al., 2018).

A **hipoxia** - o enfermeiro deve avaliar e assegurar uma oxigenoterapia adequada, adjuvada por uma aspiração oportuna das secreções, retardando ao máximo a necessidade de instituir ventilação mecânica (Carrasco & Zalaquett, 2017; Pereira et al., 2016).

As medidas farmacológicas devem ser aplicadas de forma a minimizar o risco ou a obter o controlo sintomático para que se possa aplicar as medidas não farmacológicas (Prayce et al., 2018). A evidência científica para o tratamento farmacológico não é suficiente para apoiar uma recomendação (SIGN, 2019).

A abordagem farmacológica baseia-se na atuação de fármacos, ao nível dos neurotransmissores propostos como mecanismo fisiopatológico do *Delirium*. Como fármaco de primeira linha surgem os antipsicóticos típicos, como haloperidol. O uso de antipsicóticos atípicos, como a olanzepina, quetiapina ou risperidona, de segunda geração, tem vindo a aumentar, dado o seu perfil mais seguro, com menos efeitos secundários e por serem tão eficazes como o haloperidol. A dexmedetomidina utilizada na sedação em contexto de cuidados intensivos, poderá ser indicada para a prevenção e tratamento do *Delirium*, no entanto ainda são necessários mais estudos (Prayce et al., 2018). Em março de 2019, o NICE removeu o uso de olanzepina para o tratamento de *Delirium* em pessoas angustiadas ou consideradas um risco para si mesmas (NICE, 2019).

É ao nível das unidades de cuidados intensivos que a prevalência e incidência do *Delirium* é superior. Contudo, apesar das altas taxas relatadas, o *Delirium* não tem por parte da maioria dos profissionais de saúde o reconhecimento da sua importância, com todas as complicações que daí advém (Barr et al., 2013; Faria & Moreno, 2013).

O Enfermeiro é o profissional de saúde que cuida continuamente, assegurando a vigilância e monitorização constante em cuidados intensivos, o que o coloca numa posição privilegiada para identificar precocemente o *Delirium*, pelo que é de extrema importância a sua sensibilização e capacitação, perante esta deterioração aguda no funcionamento mental.

Por todo o impacto que têm nos serviços de saúde, nos profissionais e sobretudo na pessoa em situação crítica e sua família, é fundamental a formação dos profissionais de saúde, com o desenvolvimento de protocolos e formação de equipas de forma a estarem capacitados para

a prevenção, identificação precoce do *Delirium* e implementação de estratégias de intervenção adequadas (Prayce et al., 2018).

Assim, face a esta problemática considerou-se importante uma intervenção no campo do *Delirium*. A metodologia escolhida foi a metodologia de trabalho de projeto, por ser um processo dinâmico, que se centra na investigação, análise e resolução de problemas ou necessidades, envolve trabalho de grupo e pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se foca o projeto.

Segundo Ferrito, Nunes e Ruivo (2010) é constituída pelas seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação, definição de objetivos, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Apêndice I).

1.1.2. Diagnóstico de Situação

A fase de **diagnóstico da situação** pressupõe a identificação do problema. Esta fase foi facilitada pois em momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora identificou-se uma necessidade sentida pela equipa, não só pela incidência considerável de pessoas em situação crítica com *Delirium* nesta unidade (dado o tempo elevado de internamento e a idade média dos doentes), como pela constatação de que esta problemática está ainda numa fase muito embrionária na instituição e para a qual ainda não se utiliza instrumentos de avaliação.

A elaboração de um mapa cognitivo em relação a esta situação, contribui para perceber que um projeto nesta área tem capacidade para proporcionar benefícios no futuro e criar dinâmica que integre o ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A definição desta necessidade, foi validada em reunião com a orientadora pedagógica e com a orientadora clínica sobre a pertinência do problema que é concreto e real. Ficaram então reunidas as condições para o estudo, dado a equipa de enfermagem da Unidade ser uma equipa motivada que aposta muito na formação e na melhoria contínua dos cuidados prestados.(...) “A motivação é a chave da aprendizagem, ela depende das necessidades sentidas e dos objetivos que estão em conformidade com o individuo, o que persegue de forma prioritária e, acima de tudo, depende do interesse do próprio” (Dias, 2004, p.33). Após

esta reunião foi dada a conhecer à enfermeira chefe a temática, que a reconheceu como muito pertinente e relevante para a teoria e prática.

A definição do problema constituiu o início da elaboração do projeto, bem como a identificação dos problemas parcelares que o compõem, como a necessidade de capacitação por parte da equipa de enfermagem para a identificação dos fatores de risco do *Delirium*, a aplicação de um instrumento de avaliação no diagnóstico do *Delirium*, a clarificação das medidas não farmacológicas e farmacológicas e a necessidade de uniformização de procedimentos de atuação à pessoa com *Delirium*.

Segundo Mão de Ferro (1999), os objetivos são de uma importância fundamental, na medida em que “quando não se sabe para onde se vai nunca se pode saber se se lá chegou” (Mão de Ferro, 1999, p.158).

1.1.3. Definição de Objetivos

De acordo com as necessidades identificadas, definiu-se como **objetivo geral**: Promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade X.

De forma a atingir o objetivo que foi traçado, delineou-se três **objetivos específicos**: Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica; Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* à pessoa em situação crítica na Unidade X; Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* - CAM-ICU.

1.1.4. Planeamento

O **planeamento** do projeto surge na sequência dos objetivos formulados. Nesta fase desenvolveu-se um plano de gestão de projeto, com levantamento de recursos e das limitações do trabalho, definiram-se as atividades a desenvolver e os métodos de pesquisa, bem como o cronograma de atividades.

Com vista a que os objetivos específicos fossem atingidos, definiram-se as atividades/estratégias a desenvolver e formularam-se os indicadores de avaliação.

Atividades/ Estratégias:

- Reunião com a Professora orientadora pedagógica e a orientadora clínica;
- Revisão da literatura sobre o *Delirium*, de forma a atuar como dinamizadora da transmissão do conhecimento.
- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem, aproveitando as passagens de turno, e sensibilização dos chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;
- Elaboração do plano da sessão de formação: Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade X;
- Reunião com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, para calendarização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no email da equipa;
- Elaboração de diapositivos para a sessão de formação;
- Elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação;
- Reunião informal com a equipa de anestesia, onde foi solicitada a colaboração na elaboração de um protocolo de medidas farmacológicas, a ser apresentado à equipa no dia da sessão formativa;
- Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;
- Criação de um algoritmo de atuação, na prevenção e na gestão do *Delirium*;
- Elaboração de uma *checklist* do algoritmo de atuação;
- Apresentação do algoritmo na sessão formativa;
- Elaboração de um documento orientador da aplicação do CAM-ICU;
- Elaboração de orientações e de cartões com figuras para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU;
- Elaboração de um fluxograma representativo da avaliação do *Delirium* através de um instrumento de avaliação adequado CAM-ICU;
- Construção da proposta de um documento de apoio ao registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU;
- Planeamento de sessões de visionamento de filmes educativos sobre a aplicação do instrumento de avaliação;

- Afixar junto dos locais de registo o fluxograma do CAM-ICU;
- Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente.

Indicadores de Avaliação

- Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à Pessoa em situação crítica com *Delirium*;
- Apresentação do plano da sessão de formação;
- Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem;
- Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio;
- Apresentação da proposta de um algoritmo de atuação;
- Apresentação de uma *checklist* do algoritmo de atuação;
- Apresentação de um documento orientador da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU;
- Apresentação de um documento orientador e de cartões com figuras para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU;
- Apresentação de um fluxograma da aplicação do CAM-ICU;
- Apresentação de um documento de apoio ao registo da avaliação do *Delirium*;
- Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem.

O levantamento dos **recursos** humanos, materiais e financeiros, necessários à realização efetiva das atividades do projeto, faz parte da fase de planeamento. Como tal identificaram-se os profissionais que contribuiriam para a viabilidade do projeto, os recursos materiais necessários para a sua execução e os custos financeiros necessários para a sua implementação.

1.1.5. Execução

É nesta fase de execução da metodologia de projeto que se põe em prática tudo o que foi planeado.

A **execução** deste projeto centra-se na sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da prevenção, identificação e avaliação do *Delirium* na pessoa em situação

crítica, na elaboração de um algoritmo de atuação na prevenção e gestão do *Delirium*, na elaboração de um documento orientador e um fluxograma, para ajudar na aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU.

Para que a execução deste projeto seja uma realidade foi necessária uma revisão de literatura sobre a temática. Este estudo teve como base a seguinte questão formulada através da estratégia PI(C)O: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*”.

- População: Pessoa em situação crítica com *Delirium* ou com fatores de risco para o seu desenvolvimento;
- Intervenção: Abordagem não farmacológica e intervenções multicomponentes na gestão do *Delirium*;
- Resultados esperados: Melhoria na qualidade dos cuidados prestados, prevenir o aparecimento de *Delirium* e diminuir a duração e gravidade dos episódios;
- Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos.

A consulta foi feita em bases de dados de investigação e produção científica (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE, MEDICLATINA) e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), utilizando os termos: *Delirium, risk factors, nursing interventions, critically ill patient*, com o operador booleano “and”.

Como critérios de inclusão: produção científica com menos de 5 anos, em inglês, espanhol e português, referentes à população adulta. Efetuada a seleção e análise de artigos e dissertações, através da leitura dos seus resumos, com inferência baseada em resultados de pesquisa e a extração e síntese dos dados. Como critérios de exclusão: crianças e jovens com menos de 18 anos. Apresenta-se no quadro 1 os resultados obtidos em cada estudo, para a questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*? (Apêndice II).

O *Delirium* é um tema amplamente estudado, com diretrizes internacionais que fornecem recomendações com base em evidências atuais para as melhores práticas na deteção, avaliação, tratamento e acompanhamento de adultos com *Delirium*. Pelo que foi feita pesquisa em bases de dados eletrónicas de organizações internacionais dedicadas ao seu desenvolvimento e publicação, tais como a SIGN e o NICE.

A vasta documentação existente sobre a temática foi o fator facilitador na construção deste projeto e no planeamento da sessão formativa. Em reunião com a orientadora clínica agendou-se a sessão formativa, e esta foi divulgada no quadro da formação e no email da equipa pela enfermeira responsável pela formação em serviço.

A sessão formativa realizou-se dentro do tempo previsto e segundo o plano definido. Estiveram presentes 11 elementos da equipa de enfermagem e 3 elementos da equipa de anestesia. A apresentação foi elaborada com recurso ao *PowerPoint*. Apresentou-se o tema, os objetivos, definição, tipos de *Delirium*, etiologia, fatores de risco, diagnóstico e o fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU, medidas não farmacológicas, intervenções multicomponentes e por fim, o algoritmo para a abordagem do *Delirium* na prevenção e gestão do *Delirium*. De seguida, a Dr.^a D. apresentou a abordagem farmacológica.

No final desta sessão formativa, foi distribuído um questionário aos presentes que foi preenchido de forma voluntária e anónima com o objetivo de avaliar a formação. Neste questionário, colocam-se seis questões que avaliam o grau de concordância dos participantes, e pede-se comentários e sugestões. Perante os resultados obtidos, e mais importante a aceitação sentida no decorrer da sessão formativa por parte dos presentes, pode-se concluir que atingimos os objetivos propostos.

Esta sessão de formação, foi replicada em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem.

1.1.6. Avaliação

A **avaliação** do projeto é realizada em simultâneo com a sua execução e de forma contínua. Os momentos de avaliação são ideais para questionarmos o trabalho desenvolvido e redefinirmos estratégias. O processo de avaliação teve lugar em todos os momentos de partilha, reflexão e orientação, quer com a orientadora pedagógica quer com a orientadora clínica.

Utilizámos quatro tipos de avaliação : a avaliação **operatória**, orientada para a ação e tomada de decisão, é nesta avaliação que se utilizaram os indicadores de avaliação delineados, indicadores esses que foram atingidos; a avaliação **permanente**, desenvolvida ao longo do

projeto, o que possibilita utilizar meios de regulação; a avaliação **participante**, que envolve todos os elementos que participam no processo, com troca de experiências e sugestões de melhoria; a avaliação **formativa**, que cria as condições para aprendizagens mútuas (Carvalho, 2001).

No processo de avaliação a enfermeira orientadora, questiona a equipa sobre a pertinência de algumas medidas, acompanha em proximidade e orienta na parte processual. Deve avaliar, na passagem de turno, se os conhecimentos transmitidos pela equipa são de acordo com os conteúdos lecionados. Monitorizar se a aplicação do instrumento de avaliação está a ser feito de forma correta, bem como o preenchimento da lista de verificação.

Dado que a avaliação é um processo dinâmico, devemos comparar os objetivos definidos no início e os atingidos. Se o objetivo não for atingido, devemos saber quais os fatores que influenciaram, para implementar medidas corretivas.

Nesta fase do projeto podemos concluir que dois dos objetivos específicos foram alcançados. O terceiro objetivo que consiste na implementação de intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* na Unidade, só mais tarde poderá ser avaliado, dado o tempo de implementação não ser suficiente para uma avaliação final.

A **avaliação final** deve ser feita seis meses após o processo formativo estar concluído, com recurso à análise do preenchimento da *checklist* do algoritmo de atuação, pois só assim poderemos avaliar se o projeto foi efetivamente implementado na Unidade X.

Na avaliação deste projeto, devemos ter em consideração as circunstâncias em que está a ser implementado, numa fase pandémica em que toda a equipa está sob uma grande pressão pelas inúmeras solicitações de vários quadrantes, pelas alterações dentro da estrutura da própria equipa e pela imprevisibilidade do plano de contingência.

1.1.7. Divulgação dos Resultados

A **divulgação dos resultados** é a última fase do processo de metodologia de projeto e constitui um “dever ético do investigador” (Ferrito et al., 2010). A divulgação dos resultados deve ser realizada, após a avaliação final do projeto, através da publicação de um artigo científico.

A **divulgação do projeto** faz-se através do relatório final de estágio e através de um artigo. Outra forma de divulgação consistiu na elaboração de um dossier, que ficou disponível para consulta de toda a equipa, onde foi colocado a fundamentação teórica, a sessão de formação, a proposta de algoritmo de atuação na prevenção e na gestão do *Delirium* na Unidade X, as orientações para a utilização da escala CAM-ICU, o fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação do *Delirium* CAM-ICU (afixado para uma fácil consulta) e a proposta de uma folha de registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU (para ser utilizado até que o registo esteja no sistema PICIS).

A divulgação dos resultados deve englobar a informação considerada pertinente, nomeadamente os aspetos negativos e deve expor as limitações do estudo (Martins, 2008).

Este processo tem como limitação o fator tempo, dado que o tempo de estágio não permite fazer a avaliação final da implementação do projeto, necessário para avaliar a qualidade e o impacto do mesmo.

Também a fase de execução tem limitações, pois nesta fase é fulcral que a equipa se mantenha motivada e com disponibilidade para assimilar e potenciar as diferentes competências. Dada a conjuntura atual, a nível institucional e profissional, originada pela pandemia de COVID – 19, isso não está a acontecer, pois a situação de imprevisibilidade e de insegurança com a mobilização de elementos da equipa de enfermagem da unidade para outras unidades de cuidados intensivos, submete a equipa a uma enorme pressão e angústia.

Esta fase de divulgação dará a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de uma necessidade sentida pela equipa. A divulgação é fundamental para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e fornece informação científica aos enfermeiros, podendo servir de exemplo para outros serviços.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

No presente capítulo descrevo e analiso criticamente as atividades efetuadas no percurso de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência.

Ao descrever e analisar o percurso realizado terei como documentos orientadores: o Regulamento nº 140/2019, que define as competências comuns do enfermeiro especialista; o Regulamento nº 429/2018, que define as competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, e integra a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; o Regulamento dos padrões de qualidade dos enfermeiros especializados em enfermagem em Pessoa em situação crítica. Como base de orientação no processo de aquisição de competências recorri ao modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001).

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o modelo de Dreyfus, que identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Para esta autora a experiência para além da educação formal, é necessária ao desenvolvimento de competências, pois não é possível aprender formas de resolver as situações só com o conhecimento teórico, pelo que é importante ir ao encontro de situações clínicas, pois estas transmitem conhecimentos que vão para além dos conhecimentos teóricos. O pensamento reflexivo é também essencial para a desconstrução de situações da prática ou de teorias inadequadas e para questionar práticas que precisam ser revistas (Benner et al.,2008).

O verdadeiro sentido da formação, segundo Pineau é a aprendizagem com o eu, com o outro e com o contexto, essa aprendizagem resulta da nossa experiência e reflexão sobre essa experiência (Pineau, 2001).

Como Objetivo Geral comum aos dois contextos de prática clínica defini:

Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas, e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família.

2.1. Em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio em contexto de cuidados intensivos decorreu na Unidade X, de um Centro Hospitalar de Lisboa, no período de 1 de setembro 2020 a 27 de outubro de 2020, com a duração de 180 horas de contato.

A escolha do local de estágio baseou-se no facto de ser uma unidade de referência, onde se prestam cuidados de elevada qualidade e complexidade ao doente queimado, cuidados esses baseados em práticas atuais e inovadoras num ambiente propício à aprendizagem e desenvolvimento de competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A Unidade X tem como missão a prestação de cuidados de excelência que garantam a total satisfação das necessidades da pessoa/família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, em simultâneo, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização de recursos humanos, da formação contínua e da investigação ao nível de um hospital universitário, no doente vítima de queimadura.

A Unidade é constituída por três setores: a unidade de cuidados intensivos, com cinco quartos de isolamento para grandes queimados, um bloco de balneoterapia e um bloco operatório (BO), com a respetiva sala de desinfeção, onde se prepara o material para ir para o serviço de esterilização, existe nesse espaço um aparelho de gasometria arterial e um frigorífico com registos de temperatura que em caso de atingir valores indesejáveis, aciona um alarme que produz mensagens, uma delas para a enfermeira chefe.

Cada quarto dispõe de equipamento necessário para a vigilância e realização de técnicas avançadas, desde terapêutica de suporte com ventilação assistida invasiva e não invasiva a técnicas de substituição da função renal. Ar condicionado individual e específico relativamente a fluxo laminar, pressão positiva, temperatura e humidade. Apenas a balneoterapia tem pressão negativa, obra executada devido à SARS-Cov-2, pois os doentes

vindos da urgência, que não tenham ainda o resultado do teste, ficam na balneoterapia a serem intervencionados e só depois de terem o resultado negativo é que são internados. Em frente aos quartos, que formam um U, existe a “central” onde está uma bancada central com computadores, armários de material, soros, carro de emergência e o armário de medicação, que é repostado diariamente pela técnica de farmácia através do sistema Pyxis, que é um sistema de fornecimento e gestão automatizado. Na unidade existe um corredor exterior que dá acesso aos quartos, através de janelas, o que permite às visitas verem e comunicarem com os doentes, a comunicação é feita através de intercomunicadores. Nesta fase de pandemia as visitas foram restritas, só em casos excepcionais como em fim de vida são permitidas.

A equipa multidisciplinar, vocacionada para o acolhimento à pessoa do foro urgente e emergente é composta por: enfermeiros, cirurgiões plásticos, anesthesiologistas, assistentes operacionais, secretária de unidade, fisiatra, fisioterapeuta, infeciologista, assistente social, psicólogo, psiquiatra e dietista e com apoio frequente de outras especialidades médicas.

A equipa de enfermagem é constituída por 26 enfermeiros, com quatro elementos “transferidos” temporariamente para outras unidades de cuidados intensivos, devido ao Covid 19. A equipa valoriza a formação, havendo num universo de 25 enfermeiros, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 5 enfermeiros com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 5 enfermeiros a frequentar a especialidade (médico-cirúrgica (2), reabilitação (2) e comunitária (1)), 2 enfermeiros a frequentar formação pós-graduada e uma enfermeira a frequentar o doutoramento.

Nesta unidade pratica-se o método individual de trabalho, sendo cada enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a prestar à pessoa/família que lhe é atribuída, sendo função do enfermeiro chefe de equipa essa distribuição. O rácio enfermeiro/pessoa em situação crítica é de um para um nas manhãs, com sete enfermeiros nesse turno e de 1:1, ou 1:2, nos turnos da tarde e da noite, com três enfermeiros escalados e dois de prevenção caso seja necessário receber alguma vítima de queimadura, os contactos são feitos através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pois os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para o CODU, são eles que coordenam e gerem as ambulâncias, viaturas de emergência e reanimação e os helicópteros de emergência, com base na situação clínica das vítimas. Assim a equipa de enfermagem

para além das competências inerentes ao enfermeiro de cuidados intensivos, necessita também de possuir competências de bloco operatório e nos cuidados à pessoa vítima de queimadura em bloco de balneoterapia, pois a admissão do doente e a sua ida ao bloco pode ocorrer nas 24 horas do dia. Está também implementada a escala de trabalho *Nursing Activities Score* (NAS), que é uma ferramenta útil na gestão, tendo como finalidade mensurar a carga de trabalho dos enfermeiros nas 24h, vantajosa numa unidade de queimados, dado o número de horas que cada enfermeiro passa junto de cada pessoa, principalmente na altura dos pensos.

O processo clínico está informatizado através do sistema PICIS, o que permite registar as notas de enfermagem, avaliação médica, aceder aos relatórios de exames de diagnóstico, entre outros, permite também uma captura contínua dos parâmetros vitais a partir da monitorização hemodinâmica seja ela invasiva ou não invasiva. O balanço hídrico é feito de forma automática, cabe ao enfermeiro registar os líquidos administrados e os eliminados.

No âmbito dos cuidados, a Unidade recebe doentes da urgência, de outros hospitais e de outros serviços do hospital, além de doentes queimados, recebe doentes com diagnóstico de necrólise epidermólise tóxica (síndrome de Lyell) e síndrome de Steven Johnson. A etiologia mais frequente das queimaduras são os acidentes de trabalho e os acidentes domésticos.

Finda a caracterização do contexto de estágio, apresento os objetivos específicos que delineei, descrevo e analiso as atividades e competências desenvolvidas.

Objetivo específico 1: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na Unidade X.

O regresso à prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, volvidos 24 anos, foi sem dúvida um desafio, foi voltar a uma área que me foi muito querida. Por motivos de natureza pessoal optei, em 1996, por ingressar na equipa de enfermagem do bloco de cirurgia plástica, reconstrutiva e maxilo-facial, no qual trabalho até à atualidade.

Para Benner a aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco, requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade (Benner, 2001).

As unidades de cuidados intensivos são áreas complexas e exigentes na prestação de cuidados de enfermagem, no que se refere à segurança da pessoa, pelo elevado risco associado aos cuidados, à situação vulnerável da pessoa, ao seu nível de consciência, aos procedimentos terapêuticos realizados, ao meio ambiente e à diversidade tecnológica, que são características a que estou habituada no bloco operatório, mas no início do estágio independentemente da experiência a sensação é de receio e expectativa perante um ambiente que não nos é familiar.

Perante um ambiente exigente e complexo no início do estágio, com a ajuda da enfermeira orientadora, tomei conhecimento dos protocolos e normas do serviço, que foram facilitadores da compreensão da dinâmica e organização do contexto assistencial. Adquiri informações sobre as redes de articulação do serviço com outros serviços e instituições de saúde, o que me facilitou a integração gradual na equipa de enfermagem, mas também na equipa multidisciplinar (esta foi também facilitada por já trabalhar em equipa com alguns dos elementos em contexto de bloco operatório).

A admissão da pessoa vítima de queimadura é uma situação urgente ou emergente que requer coordenação e trabalho de equipa. A pessoa em situação crítica vítima de queimadura é por definição um doente politraumatizado, necessitando assim de uma abordagem multidisciplinar, a fisiopatologia da queimadura é extremamente complexa, pode comprometer vários órgãos, ou levar à falência multiorgânica. Uma abordagem correta e precoce permite diminuir as taxas de mortalidade e morbidade, essa abordagem tem como objetivo proporcionar à pessoa vítima de queimadura o mínimo de sequelas possíveis a curto e longo prazo, permitindo-lhe uma reintegração social, profissional e familiar satisfatória (notas de aula s.ed.,2020).

Logo na primeira semana tive a oportunidade de receber duas pessoas em situação crítica, uma das situações era uma vítima de explosão com botija de gás do sexo feminino, com uma área de superfície corporal total queimada (SCTQ) extensa calculada em 84%, com queimaduras de terceiro grau e segundo grau profundo e ainda queimadura respiratória, foi feito o primeiro contacto pelo CODU e recebemos a pessoa vítima de queimadura com a avaliação primária ABCDEF efetuada, A- Manutenção da via aérea com estabilização da coluna cervical; B- Ventilação; C- Circulação com controlo hemorrágico e acesso periférico; D- Verificação do estado de consciência; E- Exame da vítima com despiste de lesões

associadas; F- Fluidoterapia quantificada pela fórmula de Parkland, vinha já com entubação endotraqueal, devido à suspeita de queimadura da via aérea, encontrava-se sedada com propofol.

No acolhimento utilizámos a avaliação secundária AMPLE, A- Alergias; M- Medicação habitual; P- Antecedentes clínicos; L- Hora da última refeição ou bebida; E- Causa da queimadura; que é de extrema importância, saber em que local ocorreu a queimadura (ambiente aberto ou fechado), agente causal, extensão e grau da queimadura, peso da vítima, hora do acidente e a hora a que foi iniciada a reanimação hídrica, o balanço hídrico, fármacos administrados, se os familiares, amigos ou testemunhas transmitiram algo de importante acerca de antecedentes, alergias, medicação habitual, contexto do acidente, etc... e o estado da vacinação antitetânica.

O primeiro contacto com a vítima foi feito na balneoterapia, com todo o equipamento de proteção individual (EPI) necessário para fazermos face a uma possível contaminação com o vírus SARS-CoV2, dado que ainda não havia resultado do teste, aqui faz-se o banho terapêutico sob anestesia geral e a remoção dos tecidos desvitalizados através de desbridamento mecânico, de forma a reduzir a carga microbiana, fazemos a avaliação precisa da queimadura e realizamos as zaragatoas.

Perante todo este quadro a equipa numa primeira fase decidiu-se pela abertura do bloco operatório, pois face à gravidade da situação eram necessárias não só escarotomias (incisão descompressiva da pele queimada) mas também fasciotomias (incisão descompressiva que vai até ao musculo, com o intuito do restabelecimento da circulação), técnica realizada nas queimaduras profundas e circulares como forma de evitar o síndrome compartimental.

Depois de se avaliar toda a situação, todos os aspetos e de ter sido pedido o conselho dos cirurgiões mais experientes, ouve uma tomada de decisão em equipa, que assumiu, que não havia viabilidade e optou-se por cuidados confortadores... a impotência ... a tristeza... a compaixão... foram tantas as emoções aliadas ao cansaço de termos tentado tudo, mas depararmo-nos com uma situação em que se torna necessário, tal como refere Teixeira (...)"reclamar o respeito pelo direito a uma morte digna, ou seja, privilegiar o acompanhamento do doente nos últimos tempos de vida, diminuindo quer a dor, quer o

sofrimento e defender cada vez mais a qualidade da vida que lhe resta e não a sua duração” (citado por Rodrigues, 2016, p.7).

Participei na construção da tomada de decisão em equipa, segundo princípios, valores e normas deontológicas.

Quando assumimos o cuidado à pessoa em fim de vida, temos que, antes de mais, aceitar que não existe mais nenhum projeto de tratamento para ela, e que esse cuidado, requer uma avaliação constante da sua situação, do seu conforto, da sua qualidade de vida e sobretudo, do controlo da dor. Perante a inevitabilidade da morte, a pessoa deve ser cuidada com dignidade, com cuidados de conforto, baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, com rigor científico e visando o alívio dos sintomas.

Como refere Deodato (...) “O respeito pela pessoa e pela dignidade humana impele o enfermeiro a decidir pela manutenção da humanidade da vida. Leva-o a prestar os cuidados que garantam essa humanidade, quer em situações que tenham fim terapêutico, quer em fim de vida” (Fernandes, 2010, p. 206).

Por tudo o que foi descrito consideramos que o percurso realizado nos permitiu adquirir, mobilizar e consolidar, as competências do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica e a sua transição para cuidados confortadores. Permitiu, ainda, desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Este estágio proporcionou-me um contato muito próximo com a morte, que é uma situação que não vivenciamos no bloco operatório, e para o qual precisei de desenvolver competências e estratégias de adaptação e comunicação. Segundo Pires, uma das principais etapas da formação dos enfermeiros deveria ser a reflexão, esta partilha de sentimentos leva a que as pessoas passem de uma atitude de medo e defesa, para uma atitude de abertura, necessária à identificação e compreensão dos cuidados às pessoas em fim de vida (citado por Cabrito & Costa, 2009). Paralelamente aos cuidados à pessoa, não podemos esquecer a família como parte integrante desses cuidados, pois numa situação de hospitalização, a família, torna-se ela própria alvo dos nossos cuidados.

A situação de pandemia trouxe uma nova realidade aos nossos hospitais, a restrição das visitas (apenas em casos muito específicos, como situações de fim de vida), faz com que os contatos com os familiares, se façam maioritariamente por telefone, nesta unidade os contatos com a equipa médica são efetuados das 14h às 15h, e com a equipa de enfermagem das 21h às 22h, (é nesta altura do dia que os doentes, que podem comunicar verbalmente, falam com os seus familiares), sendo o processo de comunicação um elemento essencial dos cuidados de enfermagem à família, temos que desenvolver estratégias para que a abordagem diminua o *stress* e a angústia, pelo que temos que utilizar escuta ativa, sermos empáticos e saber dosear a informação de forma a tranquilizarmos e darmos suporte emocional à família.

De maneira a colmatar este défice de contato com a família, quando o quadro clínico permitia, no horário estabelecido para os contactos, utilizávamos o telemóvel para fazer vídeo chamada, a maneira como colocávamos o ângulo para que não se visualisassem os pensos, para não causar angústia, quando havia crianças do outro lado, a felicidade e a alegria daqueles momentos eram incentivo para sempre que podíamos, fazermos essas vídeo chamadas com os nossos telemóveis. As restrições foram por vezes contornadas (por exemplo, nos aniversários), enviávamos um e-mail para os seguranças para que os familiares pudessem entrar no hospital, comprávamos um bolo, quando isso era possível, numa tentativa de diminuirmos toda a carga negativa que aquele internamento estava a ter naquela pessoa e família.

No desenvolvimento das competências de comunicação tive, também, a transmissão de más notícias, um Senhor com o diagnóstico de síndrome de Lyell, estava com um quadro clínico muito reservado, a esposa e as duas filhas foram convocadas para poderem fazer uma visita devido à situação, fui eu mais a anestesiolegista, lembro-me de termos olhado uma para a outra e dizermos “*nunca é fácil*”... a transmissão de informações, nesta situação utilizei estratégias de comunicação verbais, como, a sinceridade, o doseamento de informação, a clareza, o encorajamento, tive também em conta as estratégias de comunicação não verbais, como a escuta ativa, a expressão facial de interesse e empatia, o uso de tom de voz calmo, o contato visual, o gesto, o toque afetivo e o respeito pelos silêncios... nesta situação particularmente vulnerável é importante colocarmo-nos no lugar do outro, percebermos quais as necessidades que podemos satisfazer, e isso requer do enfermeiro disponibilidade, intencionalidade, empatia, presença e respeito.

Envolvei a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa/família.

Finda a reunião, levei-as pelo corredor externo que dá acesso aos quartos dos doentes, para poderem ver o pai e falar com ele através do intercomunicador, expliquei-lhes que o pai as ia ouvir, como o posicionamento do senhor estava a comprometer a boa visualização voltei ao quarto para retificar o posicionamento, informei o senhor que estavam ali as filhas e a esposa e que iam falar com ele, lembro-me que quando o som das vozes se fez ouvir no quarto ele ficou agitado, com o ventilador a alarmar, este senhor quando voltei na segunda-feira tinha conseguido ser extubado e quando o abordei sobre a visita dos familiares ele virou-se para mim e disse-me “*era a senhora que estava cá!*”, lembrava-se da minha presença e da minha voz. Creio que a visita da família, das pessoas que lhe são significativas, foi a chave impulsionadora da viragem do seu quadro clínico.

Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências como “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família em situação crítica e falência orgânica” e “Assiste a pessoa, família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e falência orgânica”.

No contexto da prática clínica, desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa queimada em situação crítica e sua família, numa perspetiva de prática baseada na evidência científica, de acordo com a deontologia profissional e com tomada de decisões baseadas no conhecimento e na experiência. A definição e a adoção de estratégias tiveram sempre em conta as sugestões da orientadora clínica, que foi um elemento fundamental em todo o meu percurso neste contexto.

Os avanços científicos e tecnológicos nas unidades de cuidados intensivos, nestes últimos 24 anos, são evidentes, com novas modalidades de abordagens médicas, tecnológicas e tratamentos, pelo que foi importante a revisão de conteúdos para o desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, como por exemplo: técnicas de substituição da função renal, cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de drenagem torácica, desmame ventilatório e realização de pensos. A minha orientadora clínica procurou, ao longo do estágio, prestar cuidados a quem clinicamente favorecesse mais a minha aprendizagem. E

esses cuidados incluíram vigilância, gestão terapêutica, prevenção de complicações e conforto.

A avaliação e monitorização da pessoa em situação crítica é uma competência fundamental do enfermeiro especialista, que está relacionada com a segurança e a qualidade dos cuidados. Neste contexto, foi importante os conhecimentos já adquiridos no BO, como a monitorização do índice bispectral (BIS) (que é uma das várias tecnologias usadas para monitorizar a profundidade da anestesia), a monitorização invasiva da pressão arterial e da pressão venosa central, a monitorização contínua do débito cardíaco, as modalidades de ventilação invasiva e as técnicas de broncofibroscopia. Existiu também partilha de saberes, como a utilização do aparelho de pressões alternas, que na unidade, não é usado e no BO é utilizado rotineiramente, bem como do novo ventilador que foi adquirido recentemente (modelo semelhante ao do existente no bloco onde trabalho). Senti por parte da equipa multidisciplinar, o reconhecimento desta competência.

Neste contexto participei na formação em serviço com o tema “Hemodinâmica e estação de anestesia da Drager”. (Anexo I)

Em conjunto com a enfermeira orientadora, desenvolvi competências na identificação precoce de focos de instabilidade na pessoa em situação crítica, adotando uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Também na gestão de processos terapêuticos, como sedação, analgesia, antibioterapia, suporte cardiovascular com aminas, soroterapia, alimentação entérica e parentérica, houve necessidade de mobilizar os conhecimentos e gerir a medicação de acordo com a estabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica.

Fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e falência orgânica, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrando conhecimentos em medidas não farmacológicas para o seu alívio.

Utilizei instrumentos de apoio à gestão dos cuidados, através da monitorização de escalas implementadas na unidade: Escala de Morse (risco de queda), Escala de Braden (risco de úlceras de pressão), Escala de coma de Glasgow (nível de consciência), Escala de RASS

(*Richmond Agitation-Sedation Scale*), Escala da dor BPS (*Behavioral Pain Scale*) e do observador, avaliação da carga de trabalho de enfermagem através da aplicação da NAS.

No desenvolvimento dessa competência foi importante a participação na formação de serviço com o tema “Aplicação e preenchimento de escalas de avaliação na pessoa vítima de queimadura; Registos de enfermagem na pessoa vítima de queimadura” (Anexo II), pois permitiu aplicar de forma adequada as escalas de avaliação, de acordo com os problemas da pessoa e adequar as intervenções existentes no sistema PICIS, no que se refere a registos de enfermagem.

Na avaliação da qualidade das práticas clínicas, participei na auditoria de avaliação dos registos da dor e dos registos da NAS, com a minha orientadora clínica. E concluí que é importante que se pense na qualidade dos cuidados prestados e que esta seja avaliada, pois só monitorizando os padrões de qualidade, se pode refletir e analisar a prática profissional.

A triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares, foi um dos temas que senti que existiam lacunas por parte da equipa multidisciplinar, e de forma informal fui fazendo formação, em conversa telefónica com uma das responsáveis da Ambimed (empresa responsável pelos resíduos hospitalares) solicitei o envio de um cartaz para poder ser consultado pela equipa. (Anexo III)

Na salvaguarda de condições de segurança e boas práticas, ajudei alguns elementos de enfermagem da unidade a operacionalizar a validação e preenchimento da *checklist* de verificação proposta pela OMS, aproveitando os conhecimentos que desenvolvi no âmbito do projeto em desenvolvimento pela DGS, o projeto Cirurgia Segura Salva Vidas, no meu bloco.

Responsabilizei-me por ser facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho

No decorrer deste estágio tomei conhecimento do plano de emergência interno do centro hospitalar. Em reunião informal com a enfermeira responsável pelo plano de emergência na unidade, consultei os protocolos de emergência e o plano de evacuação do serviço, que ainda está por aprovar, e refletimos juntas sobre formas de atuação. Promovi neste contexto, momentos de partilha sobre o manuseamento dos extintores, aproveitando a passagem de turno (Apêndice IV).

Intervim em conjunto com a enfermeira orientadora na prevenção e controlo de infeção no grande queimado, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas. Efetuei uma observação direta, da dinâmica de funcionamento da unidade, em termos de prevenção e controlo de infeção, foi útil a experiência como elemento dinamizador do meu serviço, ao grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

Salvaguei o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, no âmbito dos equipamentos de proteção individual e da utilização dos “feixes de intervenções”, que são recomendações com elevado grau de evidência na prevenção da infeção, associada à intubação, ao cateter vesical, ao cateter venoso central e ao local cirúrgico. Foi importante a participação na formação com o tema “Prevenção da pneumonia associada à ventilação/intubação” (Anexo IV), pois reforçou os conhecimentos sobre os feixes de intervenção na pneumonia associada à ventilação. Conheci, com a ajuda da orientadora, os relatórios epidemiológicos que são facilitadores da compreensão das infeções mais frequentes, taxas de prevalência e taxas de incidência na unidade.

Objetivo específico 2: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica na unidade de queimados.

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, fiz pesquisa bibliográfica sobre várias problemáticas que são vivenciadas pela pessoa em situação crítica. Mas a identificação de uma necessidade sentida pela equipa, no campo da prevenção e do cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, levou ao desenvolvimento de uma intervenção no campo do *Delirium*.

Na elaboração do projeto de trabalho optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, pois esta não é só a investigação de determinado problema, mas uma intervenção baseada em alicerces fundamentais para a resolução eficaz do mesmo (Ferrito et al.,2010). É um processo dinâmico, que se vai adaptando e reorientando ao longo da intervenção e no qual o enfermeiro especialista tem um papel fundamental.

Para a realização deste projeto de intervenção, com base em evidência científica, necessitei de desenvolver aptidões respeitantes ao processo de análise e planeamento estratégico da

qualidade dos cuidados com a pesquisa em bases de dados, artigos, livros e dissertações acerca do *Delirium* de forma a atuar como dinamizador da incorporação e da transmissão do conhecimento.

Com os resultados da revisão bibliográfica realizada, elaborei ferramentas de trabalho para a equipa de enfermagem, elaborei um algoritmo de atuação na prevenção e gestão do *Delirium*, uma *checklist* desse algoritmo, o que promove a uniformização de procedimentos, um documento orientador da aplicação do CAM-ICU e um fluxograma representativo dessa avaliação, dado que o uso rotineiro de escalas de avaliação é fundamental para a prevenção e início oportuno do tratamento (Maldonado, 2017). A utilização desta ferramenta está facilitada pois a equipa já faz a avaliação com a escala RASS, que a escala CAM-ICU inclui.

Desta forma mobilizei conhecimentos e habilidades no planeamento e desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

A realização da sessão de formação “Prevenção e Cuidado ao Doente com *Delirium* na Unidade X” (Anexo V) e a construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto (com a evidência científica mais recente), serve como veículo de divulgação e de transmissão de conhecimento.

Esta atividade permitiu-me consolidar competências comuns de enfermeiro especialista, ao responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

No desenvolvimento deste projeto, mais uma vez, o conforto surge como o construto preponderante no cuidado à pessoa em situação crítica, está presente nas medidas preventivas, farmacológicas, não farmacológicas e multicomponentes, e desenvolve-se nos quatro contextos (físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental), pelo que durante este estágio, promovi momentos de partilha e reflexão com a equipa sobre as necessidades de cuidado confortador e a importância da satisfação dessas mesmas necessidades.

Na sua investigação, Ribeiro faz referência ao enfermeiro como sendo o ator privilegiado de conforto, uma vez que tem a possibilidade de partilhar a informação e o planeamento de cuidados, surgindo assim uma dinâmica de equipa multidisciplinar, o que vem contribuir para a efetivação dos cuidados confortadores (Ribeiro, 2012).

Desse modo promovi as intervenções especializadas de enfermagem promotoras do conforto ambiental, aproveitando as passagens de turno, identifiquei os fatores ambientais relacionados com o ruído na unidade e em equipa delineámos estratégias de controlo do ruído.

A elaboração do Projeto de Intervenção e a realização de um artigo “Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade X: Um Projeto de Intervenção” (Ver apêndice III) desenvolve e dissemina a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Perante esta produção de conhecimento creio ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica na Unidade X.

2.2. Em Contexto de Serviço de Atendimento Urgente

O estágio decorreu no Serviço de Atendimento Urgente, de um Hospital de Lisboa, no período de 28 de outubro de 2020 a 19 de dezembro de 2020, com a duração de 180 horas de contato.

O SU fica localizada no piso -1, com acesso direto a partir do exterior para pessoas ambulatoriais e com mobilidade reduzida e também a partir do cais de ambulâncias. Tem a maioria das características de um serviço de urgência polivalente privado, e tem como atribuições “Assegurar os melhores cuidados de saúde a todos os seus clientes, e melhorar o acesso à saúde” (■■■■,2014).

Pauta-se por valores como: prestação de cuidados centrados na pessoa, o rigor de processos e procedimentos, a procura de melhoria contínua, a oferta de um acolhimento funcional e humanizado, a disponibilização de condições de trabalho privilegiadas para as suas equipas.

O serviço está dividido em áreas funcionais, a área de admissão e receção, adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde a pessoa aguarda a chamada para o gabinete de triagem, a triagem de prioridades implementada utiliza o sistema de triagem de prioridades de Manchester e é realizada só por enfermeiros certificados pelo grupo português de triagem. As pessoas triadas como verdes e azuis aguardam chamada para o primeiro atendimento médico na sala de espera A, as pessoas triadas como amarelos são encaminhadas para a sala

de espera B, prévia aos gabinetes médicos, as pessoas triadas como laranja ou vermelho são encaminhadas para a sala de emergência que é usada para a abordagem inicial.

Existe também a área de tratamentos: sala de aerossóis, sala de observações/tratamentos (onde são prestados os cuidados à pessoa, que após a avaliação médica, necessitam de algum tratamento), sala de espera de acamados, sala de pequena cirurgia, sala de gessos, sala de especialidade (sala equipada para procedimentos de otorrinolaringologia e oftalmologia) e a Sala de Observações (SO), com 10 unidades de observação individuais, é uma sala de internamento de curta duração para pessoas com necessidade de monitorização clínica mais rigorosa e permanente, esta captação de dados é centralizada numa bancada central de monitorização contínua.

Devido à pandemia de COVID-19 e de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), foi criado um circuito para “doentes respiratórios”, com sala de triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação e instalações sanitárias.

Neste serviço encontram-se equipas multiprofissionais e multidisciplinares, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica e técnicos de várias especialidades.

Existe uma equipa médica em presença física e as especialidades em regime de chamada para consultoria clínica. A equipa de auxiliares de ação médica é constituída por 18 elementos, 5 elementos no turno da manhã, 5 no turno da tarde e 2 no turno da noite.

A equipa de enfermagem é constituída por 41 enfermeiros, distribuídos em quatro equipas, treze elementos são do quadro e os restantes a recibo verde. Fazem turnos das 8 às 20h e das 20h às 8h e existe um turno intermédio para fazer face às horas de maior procura. Na manhã a equipa é constituída por 7 elementos incluindo a enfermeira coordenadora e são distribuídos pela triagem, SO, sala de tratamentos dos doentes não respiratórios e sala de tratamento dos doentes respiratórios. No turno da noite a equipa fica reduzida a 4 elementos.

O método de trabalho é o individual, onde o enfermeiro é o responsável pela implementação e avaliação do plano de cuidados de cada pessoa, no entanto a equipa desenvolve um espírito de interajuda com base na qualidade e na segurança dos cuidados. O plano de trabalho é

realizado pela enfermeira coordenadora da unidade com o apoio dos enfermeiros chefes das várias equipas.

A reposição do material de consumo clínico é realizada por níveis e enviado o registo de forma automática ao armazém.

Finda a caracterização do contexto de estágio, apresento o objetivo específico que delineei, descrevo e analiso as atividades e competências desenvolvidas.

Objetivo específico: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família na [REDACTED] Urgente.

Antes de iniciar a análise das competências desenvolvidas, convém mencionar o que a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência define relativamente à atividade assistencial: urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” e emergência como um “processo em que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em um curto espaço de tempo” a situação é crítica se não for rapidamente reversível, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p.9).

Se o regresso à prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos volvidos 24 anos foi um desafio, a prestação de cuidados de enfermagem num serviço de urgência, no qual só tinha prestado cuidados em contexto de estágio, no curso base de enfermagem, foi um enorme desafio, pois saí completamente da minha zona de conforto. Segundo o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner, a sensação é que estamos no nível de competência de iniciado.

Neste contexto e de forma a integrar-me, conheci com a ajuda do orientador, os protocolos e as normas do serviço, facilitadores da compreensão da dinâmica e organização do contexto assistencial e da articulação com outros recursos. Fiz pesquisa bibliográfica, adequada às necessidades sentidas, de forma a promover o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, numa perspetiva de prática baseada na evidência científica.

Face a essa compreensão, assumi uma postura de observação e participação nos cuidados prestados com o enfermeiro orientador de forma a ganhar autonomia e confiança face à diversidade de intervenções de enfermagem, rentabilizámos todas as oportunidades de aprendizagem e refletimos sobre ela. Obtida essa confiança, colaborei na dinâmica assistencial com a equipa de enfermagem, prestando cuidados especializados à pessoa/família, em contexto de urgência de acordo com a deontologia profissional, utilizando linguagem técnico científica adequada e tomando a decisão baseada no conhecimento e experiência, sempre em consonância com o enfermeiro orientador.

O trabalho de equipa é fulcral para que o atendimento seja eficaz e dirigido às necessidades da pessoa, no serviço de urgência, desenvolvi intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, a integração na equipa multidisciplinar foi sendo feita de forma gradual, aproveitando a minha experiência na área da pequena cirurgia, onde era perita, desempenhei o papel de consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência na minha área de especialidade. Também na sala de tratamentos, nos dias de maior afluência, a equipa via-me como mais um elemento da equipa, sem dúvida toda a experiência profissional foi útil e facilitadora para cuidar da pessoa neste contexto.

Neste contexto, desenvolvi as minhas competências, na zona de tratamentos, no SO, na sala de emergência e participei na triagem de algumas pessoas, com o enfermeiro orientador. Utilizei uma abordagem individual nos cuidados, dirigindo-os à totalidade da pessoa com o intuito de proteger e preservar a dignidade humana, assegurando o respeito pelos seus valores, costumes e crenças espirituais.

O gabinete de triagem é onde o enfermeiro faz a primeira abordagem à pessoa. No serviço a triagem de prioridades implementada é a triagem de Manchester, está implementada em Portugal desde 2000, é um instrumento de apoio à gestão de risco clínico no SU, e identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos. Este protocolo assenta numa classificação dos doentes por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera recomendado para o atendimento (DGS, 2015).

Os registos de enfermagem são efetuados na aplicação *Glint*, e a linguagem utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na comunicação utilizam a mnemónica ISBAR (I- identificação; S- situação atual e causa; B- antecedentes, anamnese;

A- avaliação; R- recomendações). Na triagem utiliza-se o programa informático *Medicineone*. Em todos os momentos de transmissão de informação, assegurei a confidencialidade e a segurança da informação, quer escrita, quer oral.

No acolhimento, identifiquei as necessidades individuais da pessoa e planeei os cuidados de enfermagem com estabelecimento de prioridades, garantindo as condições de segurança e as boas práticas, suscitando sempre que necessário a avaliação e a partilha dos resultados de tomada de decisão, com o meu orientador, refletindo na ação e sobre a ação. O pensamento reflexivo é essencial para a desconstrução de práticas ou de teorias ultrapassadas ou inadequadas, sendo fundamental para questionar práticas que precisam ser revistas e reformuladas (Benner et al.,2008).

No cuidado à pessoa em situação de urgência, o enfermeiro necessita de adquirir competências, que vão de encontro às necessidades sentidas. As vulnerabilidades físicas e emocionais estão presentes, a insegurança, para muitos o desconhecido, gera na pessoa angústia, pelo que o enfermeiro deve transmitir tranquilidade e confiança no acolhimento. Ribeiro afirma na sua investigação, a preocupação e a valorização do envolvimento e integração da família, como parceira de cuidados, constituindo esta uma estratégia reveladora de conforto para a pessoa doente (Ribeiro, 2012). Como tal sempre que possível, identifiquei as necessidades de cuidado confortador e planeei os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e na sua família.

A identificação das necessidades de cuidado confortador da pessoa em situação de urgência é fundamental, pelo que foi sempre uma preocupação durante este percurso. Bem como, a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa de forma a minimizar o impacto negativo, provocado pelo processo de transição. Neste âmbito promovi momentos de partilha e reflexão, com a equipa sobre as necessidades de cuidado confortador e a importância da satisfação dessas mesmas necessidades, aproveitando os momentos informais.

Este campo de estágio permitiu estabelecer com frequência a relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família, pois existia a permissão de um familiar acompanhar a pessoa. A família nesta situação está fragilizada, com inúmeras questões, pelo que nós enfermeiros temos um papel importante no acolhimento e na gestão de expectativas, pelo que

me foi possível utilizar os conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação, com a pessoa em situação crítica e sua família, de forma a gerir o medo e a ansiedade vivenciados neste contexto.

Para que exista uma adequada comunicação precisamos de ter uma postura de abertura e confiança com a pessoa. Tendo como finalidade o conforto, é necessário estabelecer laços entre as pessoas de forma a encontrar estratégias e soluções para determinadas questões. A comunicação, como forma de relação interpessoal, é o alicerce das relações e constitui uma necessidade comum e fundamental a todos os seres humanos. Apresenta-se como um processo de troca, de partilha, de criação e de recriação, que permite a expressão de sentimentos e emoções permitindo criar laços significativos entre as pessoas (Phaneuf, 2005)

As visitas à pessoa em situação crítica internadas no SO estão restritas devido à pandemia COVID 19, apenas em casos excepcionais, como em fim de vida. Neste contexto iniciou-se o contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem para dar informações à família/pessoa de referência sobre a evolução do estado do doente na área de atuação de enfermagem. O que vai de encontro ao artigo 105º do código deontológico em que o enfermeiro assume o dever de informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (OE,2015).

No SO os cuidados de enfermagem em fim de vida, foram novamente uma necessidade, pelo que mais uma vez, a disponibilidade, a capacidade de escuta ativa, a presença autêntica, o toque emocional e físico, a preocupação e o interesse, foram competências importantíssimas, para que as intervenções de enfermagem fossem verdadeiramente terapêuticas, proporcionando o alívio do sofrimento, presente nesta fase.

Comunicar em saúde requer habilidades no uso das palavras e mensagens não verbais, requer ainda a adoção de determinadas atitudes como atenção, apoio, disponibilidade, escuta e compreensão, respeito, privacidade, empatia, serenidade e presença plena.

Um caso que me “tocou” pela sua vivência, pela sua serenidade, pela tranquilidade perante a morte foi um senhor, com uma doença oncológica em fase terminal, com quem estabeleci uma relação terapêutica, que eu achei significativa, falámos de tudo do seu casamento de 62 anos, dos filhos, estava a ficar cansado de falar e triste por não conseguir fazê-lo, da forma

como ele tão bem o fazia, aquela tranquilidade, aquela lucidez, foi algo que não esqueço, pedi para falar com um Padre amigo da família, com quem também falou durante algum tempo, quando voltei no dia seguinte soube que tinha falecido durante a noite.

Tal como refere Benner (2001) aprender a escutar ativamente e a responder empaticamente a alguém que está a enfrentar a morte não é facilmente aprendido, isso requer o encontro com o doente enquanto pessoa, com as suas potencialidades e vulnerabilidades. Em reflexão concordo que a morte não é senão um dos passos da vida. Para viver cada etapa da vida, a pessoa possui em si recursos para as encarar e ultrapassar uma após outra, e no mais íntimo do seu ser, existirão potenciais que importa despertar e desenvolver para que seja capaz de viver a sua morte (Martins, 1996). Esta situação permitiu-me consolidar competências na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, face à complexidade do estado de saúde da pessoa em falência orgânica.

Para prestar cuidados de qualidade, à pessoa em fim de vida e seus familiares, as intervenções a realizar devem ser encaminhadas no sentido de satisfazer as necessidades a todos os níveis, fisiológicos, de segurança, de amor, dando à pessoa e família aquilo que é mais importante, foi nesta área que vivenciei os maiores desafios, do ponto de vista emocional, uma das situações foi a de um senhor com encefalopatia hepática, em que me foi solicitado o acompanhamento dos familiares um de cada vez até à porta do quarto (não podiam entrar, pois ainda não havia resultado do teste do SARSCov2) de forma a poderem se despedir. Lidar com o estado emocional da família, com as questões por ela colocadas, exigiu controlo emocional e mais uma vez o apoio, o toque, o limpar as lágrimas, o estar presente, o oferecer apoio espiritual, foi algumas das intervenções realizadas.

A vivência desta experiência permitiu-me gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e falência orgânica.

A morte é sem dúvida um acontecimento marcante no nosso percurso profissional pelo que é essencial que façamos uma reflexão pessoal sobre o sofrimento e a morte, sobre as emoções que sentimos e sobre os meios de as utilizar para podermos conduzir a nossa ação em experiências futuras. Sempre com o objetivo de dignificar a morte e humanizar os cuidados à pessoa e sua família. E desta forma desenvolve-se o **autoconhecimento e a assertividade**.

Como forma de colmatar algumas necessidades, efetuei pesquisa bibliográfica e participei numa conferência sobre cuidados de saúde e espiritualidade. (Anexo VI)

Neste contexto de estágio, o diagnóstico de enfermagem mais frequente foi a dor e a ansiedade, pelo que foi importante fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situação de urgência e sua família, utilizando no alívio da dor medidas farmacológicas e não farmacológicas. A avaliação e o tratamento da dor, foram das competências mais desenvolvidas neste contexto e da minha observação pela sua subjetividade nem sempre é avaliada da forma mais correta (aproveitei os momentos de partilha e reflexão em equipa, para refletirmos sobre essas situações). A utilização de escalas de monitorização, a administração de terapêutica e de medidas não farmacológicas, com especial relevo para a gestão do ambiente, foram uma constante.

Durante o estágio, perante situações em que foi necessário transportar pessoas em situação crítica para a sala de emergência, por instabilidade hemodinâmica de causas várias, identifiquei focos de instabilidade clínica, respondendo de forma adequada e atempada a situações imprevistas e complexas, estabilizando e prevenindo complicações. Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e não familiares.

Utilizei instrumentos de apoio à gestão dos cuidados, através da monitorização de escalas implementadas no SO: Escala de Morse (risco de queda), Escala de Braden (risco de úlceras de pressão), Escala de Barthel (é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa na realização de dez atividades de vida diária), estas escalas constituem importantes ferramentas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem resultar de uma emergência, exceção e catástrofe. Numa situação de **emergência** a pessoa sofre uma agressão, que lhe tira a saúde, de uma forma brusca e violenta, afeta ou ameaça a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida. Numa situação de **exceção** existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. A **catástrofe** é definida no Decreto-Lei nº 27/2006, como acidente(s) grave(s) 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 (Regulamento nº 429, 2018).

Não tive oportunidade neste contexto de desenvolver competências em situações de exceção e catástrofe, da conceção à ação, mas consultei o plano de emergência interno e o plano de emergência externo (catástrofe), conheço também o plano nacional de emergência e catástrofe. Partilhei e refleti com o enfermeiro orientador formas de atuação.

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, objetiva maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, pelo que salvaguardei o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção. Participei no rastreio de doentes portadores de MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina), no SO, colhendo zangaratoa nasal na admissão e colocando a pessoa em isolamento de contato até resultado negativo. Sensibilizei a equipa de que se deve minimizar sempre que possível o uso de dispositivos invasivos, principalmente quando a sua utilização deixa de ser indispensável ou quando a sua funcionalidade está comprometida, pois os procedimentos e dispositivos invasivos que dão suporte à vida aumentam a suscetibilidade à infeção e a complicações iatrogénicas, acentuando a vulnerabilidade física muito presente em contexto de urgência.

Perante as necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, observei e monitorizei a dinâmica de funcionamento da unidade, em termos de prevenção e controlo de infeção, demonstrei conhecimento acerca das recomendações e normas definidas GCL-PPCIRA, garantindo uma intervenção adequada, de forma a prevenir e controlar a infeção.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, além do grau acadêmico, assegura predominantemente a aquisição de uma especialização de natureza profissional, que visa o desenvolvimento de competências baseadas na investigação, na resolução de problemas de enfermagem e nos processos de gestão de qualidade em saúde.

O grau de mestre é conferido segundo o Decreto-Lei nº 74/2006 aos que:

- Demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que se sustentando nos conhecimentos obtidos no nível do 1.º ciclo, os consigam desenvolver e aprofundar; além de permitirem e constituírem a base de aplicações originais e ou desenvolvimentos, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Tenham capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Consigam ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Detenham competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ao analisar as competências necessárias para a obtenção de grau de mestre e refletindo sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, percebe-se que estão associadas e que convergem num mesmo sentido.

Neste percurso sustentado por todo o conhecimento e experiência alicerçada em 30 anos de prática profissional, desenvolvi e aprofundei conhecimentos em contexto de prática clínica implementando com o apoio da enfermeira orientadora respostas de enfermagem

apropriadas aos problemas, monitorizando e avaliando essas mesmas respostas. Desenvolvi e aprofundei também conhecimentos em contexto de investigação, o conhecimento retirado dessa investigação permitiu-me a sua aplicação na resolução de problemas e necessidades sentidas na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, não sendo uma área familiar ao meu contexto de trabalho (bloco operatório), foi um grande desafio que me acrescentou inúmeros contributos e aprendizagens, que apliquei em contexto alargado, com envolvimento da equipa multidisciplinar.

Toda a elaboração do projeto de intervenção onde utilizei a metodologia de trabalho de projeto, permitiu desenvolver e adquirir competências específicas na conceção e na gestão de cuidados de enfermagem de qualidade, permitiu ainda, demonstrar capacidades para integrar conhecimentos, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções. Interpretei, organizei e divulguei os resultados provenientes da evidência, demonstrando ter capacidade de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios, de uma forma clara e sem ambiguidades. Essa divulgação do projeto foi feita através de uma sessão formativa e da elaboração de um artigo científico que reflete a metodologia de trabalho de projeto.

A aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo, tem sido uma constante, pois o desenvolvimento pessoal e profissional passa pela autoformação e pela formação e atualização contínua. Quanto maior o aperfeiçoamento profissional, mais competente o profissional se tornará, pelo que a frequência de formações em serviço, a participação em conferências e seminários, as revisões bibliográficas efetuadas bem como as matérias lecionadas nas diferentes unidades curriculares durante todo este percurso são contributos inequívocos para o meu desenvolvimento profissional e para a minha consciencialização enquanto pessoa e enfermeira.

A educação profissional abarca o desenvolvimento de três dimensões, o conhecimento teórico que serve de base à prática, o conhecimento especializado obtido na prática e a componente ética onde estão incluídas as responsabilidades, o compromisso com a profissão e o comportamento ético (Benner et al.,2008).

Finda a descrição e análise reflexiva do desenvolvimento de competências, consideram-se adquiridas e desenvolvidas as competências em análise.

4. CONCLUSÃO

Este relatório reflete o caminho realizado na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Permitiu a reflexão sobre as práticas, bem como a monitorização das mesmas.

Os objetivos delineados para os contextos clínicos serviram de guias orientadoras para a definição e realização das atividades que se traduziram em aprendizagens, competências desenvolvidas e projetos concretizados. Para que este processo formativo fosse concluído com sucesso, foi fundamental os contributos teóricos que mobilizámos para a prática e o apoio, disponibilidade, partilha de experiências e conhecimentos das orientadoras clínicas e da professora orientadora.

Sendo o enfermeiro o principal impulsionador e responsável pelo desenvolvimento de competências neste percurso, foi necessário empenhamento e autoformação de forma a atingir os objetivos, mas toda a minha experiência pessoal e profissional foi facilitadora na aquisição e desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica, pois deu-me uma segurança e uma confiança que me foi útil nos vários contextos, sendo um fator importante na aceitação e no reconhecimento por parte das equipas multidisciplinares que integrei.

Dada a crescente complexidade dos cuidados, é necessário o desenvolvimento contínuo de aprendizagens profissionais e das várias formas do Saber, assim, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, pois é ele o principal interveniente na transferência do conhecimento de enfermagem. Creio que o título de enfermeiro especialista, reflete o investimento pessoal e profissional que cada um faz, com vista à melhoria da qualidade dos seus cuidados.

Os contextos de estágio permitiram o desenvolvimento de competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, pela elevada qualidade e complexidade dos cuidados, pela variedade das situações clínicas, pela diversidade de diagnósticos de enfermagem. Por tudo o que foi

descrito consideramos que o percurso realizado nos permitiu adquirir, mobilizar e consolidar as competências do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica.

No contexto de prática clínica, trabalhei o cuidado confortador como intervenção especializada de enfermagem, revestida de intencionalidade, tendo como ponto de partida as necessidades de conforto identificadas. O enfermeiro está numa situação privilegiada para compreender as necessidades, as prioridades e as crenças daqueles que são o alvo dos seus cuidados. Estes cuidados devem caminhar sempre lado a lado com a humanização, na procura contínua da melhoria da qualidade do exercício profissional e devem ser o objetivo dos cuidados de enfermagem.

A elaboração do projeto de intervenção, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, foi um processo enriquecedor, que trouxe contributos importantes para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências de investigação. Permitiu ainda o desenvolvimento de competências específicas na conceção e na gestão de cuidados de enfermagem de qualidade, além de contributos para o futuro, pois criou uma dinâmica que entra no ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A prevenção e o cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* torna-se fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a segurança da pessoa por nós cuidada. Os enfermeiros têm responsabilidades acrescidas neste âmbito, nomeadamente os enfermeiros especialistas, por deterem competências na área da promoção e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

A contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da formação realizada aos meus pares e à equipa multidisciplinar, leva-me a concluir que dei contributos importantes para a melhoria contínua dos cuidados. A capacitação e a formação da equipa de enfermagem é fundamental, bem como a uniformização de procedimentos, mas para que ocorra uma alteração efetiva de comportamentos é necessária uma reflexão na e sobre a prática, apoiada na mais recente evidência científica bem como o reconhecimento por parte de toda a equipa multidisciplinar, da importância do *Delirium* na pessoa em situação crítica.

As dificuldades sentidas direcionam-se na totalidade para todo um contexto pandémico devido à infeção Covid19, que me obrigou a redefinir prioridades, a questionar certezas. A grande instabilidade a nível profissional e institucional, a necessidade de reorganização de toda a estrutura assistencial, a mobilização de enfermeiros para outros serviços, a escassez de recursos humanos, todo este contexto trouxe dificuldades acrescidas em articular os dias de estágio e por vezes disponibilidade mental e temporal para aprofundar conhecimentos.

Esta situação de exceção vivenciada nas nossas instituições, em que se verificou desequilíbrios entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigiu atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Esta experiência não vivenciada em contexto de estágio, foi por mim vivenciada em contexto de trabalho.

As experiências formativas, práticas e reflexivas porque passei, estimularam o meu pensamento crítico, foram determinantes e essenciais para a mudança que foi ocorrendo gradualmente no meu posicionamento enquanto profissional, tornei-me mais confiante e com uma visão mais abrangente e firmada na evidência científica.

Considero ter atingido os objetivos definidos para este relatório, ao descrever, analisar e refletir criticamente sobre o meu percurso de aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em contexto de prática clínica.

O enriquecimento pessoal e profissional foi vasto. No futuro as capacidades, atitudes e competências desenvolvidas, devem ser integradas na prática clínica, de forma a assegurar cuidados de enfermagem de qualidade. E a busca contínua, por melhores cuidados e estratégias, tendo como base, a melhor evidência científica, uma constante!

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde Unidade de Instalações e Equipamentos. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem—análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 61-67. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ...& Cousin, D. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53-58. doi: 10.1097//CCM.0b013e3182783b72
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., & Day, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473-476.
- Bento, M. S. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado - uma revisão bibliográfica. *Enfermería Global*, (52), 657- 673. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>

- Bousoo, R. S., Poles, K., & Cruz, D. D. A. L. M. D. (2014). Conceitos e teorias na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 144-148. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-141.pdf
- Cabrito, B. G., Costa, M.A.M. (2009). *Quotidiano(s) de saúde: Contexto(s) de formação*. Lisboa: Educa. Formação.
- Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgência a la unidad de paciente crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 301-310. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.019>
- Carvalho, A., & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Scheier, M. F. (2004). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn and Bacon.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Cousley, A. (2015). Vulnerability in perioperative patients: a qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 25(12), 246-256.
- Dias, J. M. M., Costa, M. A. S. M., & Carvalho, T. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Abordagem hospitalar das queimaduras*. Lisboa. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Abordagem-hospitalar-das-queimaduras.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/documentos-comunicacoes/>

- Estrup, S., Kjer, C. K. W., Poulsen, L. M., Gøgenur, I., & Mathiesen, O. (2018). Delirium and effect of circadian light in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 62(3), 367-375. doi: 10.1111/aas.13037
- Faria, R. D. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Fernandes, S. J. D. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Gaut, D. A. (2013). Development of a Theoretically Adequate Description of Caring. In Smith, Marlaine C.; Turkel, Marian C. Wolf Zane Robinson (Ed.). *Caring in Nursing Classics an Essential Resource* (271-281). New York: Springer Publishing Company, LLC. Disponível em: <https://b-ok.lat/book/2565863/2d0132>
- Hansagi, H., Allebeck, P., Edhag, O., & Magnusson, G. (1991). High consumers of health care in emergency units: how to improve their quality of care. *Quality Assurance in Health Care*, 3(1), 51-62.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hospital ██████ Lisboa. (2014). *Regulamento Interno Unidade de Atendimento Urgente de Adultos*. Lisboa, Portugal: Hospital ██████ Lisboa.
- Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Verbo Editora.
- Irurita, V. (1999). The problema of patient vulnerability. *Collegian*, 6(1), 10-15.

- International Council of Nurses. (2010). CIPE Versão 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kenes, M. T., Stollings, J. L., Wang, L., Girard, T. D., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (2017). Persistence of delirium after cessation of sedatives and analgesics and impact on clinical outcomes in critically ill patients. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 37(11), 1357-1365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681431/>
- Khalaila, R. (2012). Patients family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5).1172-1182. Disponível em: <https://sci-hub.st/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept Comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. New York, NY: Spriger Publishing Company.
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147-150. Disponível em: <https://sci-hub.st/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em fim de vida: experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Maldonado, J. R. (2017). Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Critical care clinics*, 33(3), 461-519. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013>
- Martins, J. (2008). *Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética-Pensar Enfermagem*. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

- Martins, M. (1996). Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar o doente terminal. *Servir*, 44 (6), 283-290.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa. Edições Colibri.
- Maslow, A. (1962). *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing. Development and progress*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. (2010) *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
Disponível em:
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C.,... & Ely, E. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospetivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29 (3), 337-345. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170058>
- Miranda, F., Arevalo-Rodriguez, I., Díaz, G., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J.,... & Seron, P. (2018). Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). doi: 10.1002/14651858.CD013126
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Delirium: diagnosis, prevention and management*. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde*

- Mental e Psiquiátrica.* Disponível em: -
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n° 122/2011. Diário da República n° 35/2011, Série II de 2011-02-18, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n° 124/2011. Diário da República n° 35/2011, Série II de 2011-02-18, 8656-8657.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n°429/2018. Diário da República eletrónico n°135/2018, Série II de 2018-07-16, 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n° 140/2019. Diário da República n°26/2019, Série II de 2019-02-06. Disponível em:
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. D. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 29-36.
doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lisboa: Lusociência.
- Pineau, G. (2001). Experiências de aprendizagem e histórias de vida. Lisboa: Instituto Piaget.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Galriça Neto, I. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Médica Portuguesa*, 51-58. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

- Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, n. º123 (26-06-2015) 17240-17243.
- Ribeiro, P. C. P. S. V., & Costa, M. A. M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 149-158. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966014.pdf>
- Rodrigues, B.R.R. (2016). O Conforto da pessoa em final de vida em contexto domiciliário-perceção do enfermeiro. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22826/1/TESE%20MESTRADO%20BRUNO_CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf
- Sánchez-Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A., Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 9(40), 1-14.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). Risk reduction and management of delirium. *A National Clinical Guideline*. Disponível em: <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>
- Singh, T. D., O'Horo, J. C., Gajic, O., Sakusic, A., Day, C. N., Mandrekar, J., ... & Rabinstein, A. A. (2018). Risk factors and outcomes of critically ill patients with acute brain failure: A novel end point. *Journal of Critical Care*, 43, 42-47. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944117304033?via%3Dihub>
- Sousa, P. (2014). O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Universidade Católica Portuguesa. (2020). Guia de Estágio Final e Relatório. Lisboa, Portugal: UCP

- Universidade de Aveiro. (2015). Citar e Referenciar: Estilo Bibliográfico APA 6th. Disponível em: [file:///C:/Users/amdwr/Downloads/APA_%20manual%20ref%20bibliograficas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/amdwr/Downloads/APA_%20manual%20ref%20bibliograficas%20(3).pdf)
- Xiao, L. I., Zhang, L., Fang, G. O. N. G., & Yuhang, A. I. (2020). Incidence and Risk Factors for Delirium in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Research*, 28(4), e101.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wassenaar, A., Rood, P., Schoonhoven, L., Teerenstra, S., Zegers, M., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2017). The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): a study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 68, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.018>
- Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian, M.H., & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1891-1898. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x>.

6. BIBLIOGRAFIA

Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Disponível em: http://www.procov.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf

Bittner, E. A., Shank, E., Woodson, L., & Martyn, J. J. (2015). Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, *122*(2), 448-464.\

Blakeney, P., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2001). Psychosocial care of persons with burn injuries. *Worldburn. Org Documents*.

Bounds, M., Kram, S., Speroni, K. G., Brice, K., Luschinski, M. A., Harte, S., & Daniel, M. G. (2016). Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, *25*(6), 535-544.

Carrougher, G. J., Burton-Williams, K., Gauthier, K., Gloger, A., Remington, L., & Yukon, K. (2020). Burn nurse competency utilization: report from the 2019 annual american burn association meeting. *Journal of Burn Care & Research*, *41*(1), 41-47.

Cro, S. J. F. (2018). *Delirium no idoso* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/81870/1/Sandra%20Cr%c3%b3%20final.pdf>

Deniz, S., & Arslan, S. (2017). Pain and anxiety in burn patients. *International Journal of Caring Sciences*, *10*(3), 1723.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242012-de-27122012.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Lisboa. Disponível em: http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/29_2012_Precauc%C3%B5es_Basicas_do_Controlo_da_Infecao.pdf
- Faustino, T. N. (2016) Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia). Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18921/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enf_%20T%C3%A1ssia%20Nery%20Faustino.pdf
- Gravante, F., Giannarelli, D., Pucci, A., Gagliardi, A. M., Mitello, L., Montagna, A., & Latina, R. (2020). Prevalence and risk factors of delirium in the intensive care unit: An observational study. *Nursing in Critical Care*. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12526>
- Grilo, E. N. (2015). O cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18577/1/O%20Cuidar%20de%20Enfermagem%20nos%20Cuidados%20de%20Longa%20Dura%C3%A7%C3%A3o-FINAL%20sem%20anexos.pdf>
- Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1-25.
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Medniuk, A. D., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Critical Care*, 23(1), 1-12.
- Kolcaba, KY (1995). Conforto como processo e produto, fundido na arte da enfermagem holística. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (2), 117-131.
- Kuhn, T., Lazzari, D. D., & Jung, W. (2011). Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1075-1081.

- Mariano, L. I. S. D. (2019). *A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28839>
- Mohammadhossini, S., Ahmadi, F., Gheibizadeh, M., Malehi, A. S., & Zarea, K. (2019). Comprehensive physical domain care needs of burn patients: a qualitative study. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 12, 573.
- Nicolau, C. (2013). Conforto dos Doentes em fim de vida em contexto hospitalar. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11059>
- Nogario, A. C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., Ramos, A. M., & Oliveira, A. C. C. D. (2015). Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0580-0588.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). REPE. Decreto-lei nº104/98, de 21 de Abril.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Lei nº111/2009. Diário da República nº 180/2009. Série I de 16/09/2009. Disponível em: http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=1456332
- Polít, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M. C., Baraldi, S., & Silva, M. J. P. D. (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo " pós-morte". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(2), 117-123.
- Sampaio, F.M.C. (2012). Confusion Assessment Method: Tradução e validação para a população portuguesa. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9355>

- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Screening and diagnosis of cognitive decline, using new normative data. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248.
- Santos, W. C., Vancini-Campanharo, C. R., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2016). Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. *Einstein (São Paulo)*, 14(2), 213-218.
- Silva, P. D. C. S. D. (2018). *Promoção da segurança do doente cirúrgico com delirium* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora). Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23288>
- Smith, J. S., Smith, K. R., & Rainey, S. L. (2006). The psychology of burn care. *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 13(3), 105-106.
- Teixeira, A. (2013). *Cuidar em Fim de Vida*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Wiechman, S. A., & Patterson, D. R. (2004). Psychosocial aspects of burn injuries. *Bmj*, 329(7462), 391-393.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projeto de Intervenção: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com Delirium na Unidade X



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA - ÁREA DE
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA
PREVENÇÃO E NO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA COM DELIRIUM NA
UNIDADE [REDACTED]**

CENTRO HOSPITALAR X

**Projeto de Intervenção realizado no âmbito do Estágio Final do
Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves

**Orientação Pedagógica de Professora Doutora Lurdes Martins
Orientação Clínica de Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica**

[REDACTED]

Lisboa

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

NAS - Nursing Activities Score

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SNS - Serviço Nacional de Saúde



ÍNDICE

RESUMO

0 – INTRODUÇÃO	11
1 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE [REDACTED]	14
2 – METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO	16
2.1 – Diagnóstico de Situação.....	16
2.2 – Definição de Objetivos	17
2.2.1 – Objetivo Geral.....	18
2.2.2 – Objetivos Específicos.....	18
2.3 – Planeamento	18
2.4 – Execução e Avaliação	23
2.5 – Divulgação dos Resultados	29
3 – CONCLUSÃO	30
4 – BIBLIOGRAFIA	31
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Ficha de Diagnóstico da Situação

APÊNDICE 2 - Ficha de planeamento do Projeto

APÊNDICE 3 - Plano da Sessão de Formação: Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED]

APÊNDICE 4 - Diapositivos da Sessão de Formação: Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED]

APÊNDICE 5 - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: Prevenção e Cuidado ao Doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED]

APÊNDICE 6 - Algoritmo para a Prevenção e Gestão do *Delirium* na Unidade de [REDACTED]

APÊNDICE 7 - *Checklist* do Algoritmo para a Prevenção e Gestão do *Delirium* na Unidade [REDACTED]

APÊNDICE 8 - Orientações para a Utilização da Escala CAM-ICU

APÊNDICE 9 - Orientações para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU

APÊNDICE 10 - Figuras dos cartões para o exame de triagem de atenção visual CAM-ICU

APÊNDICE 11 - Fluxograma do Instrumento de Avaliação do *Delirium* CAM-ICU

APÊNDICE 12 - Folha de Registo da Avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU

ANEXOS

ANEXO 1 - Abordagem Farmacológica do *Delirium*

QUADROS

QUADRO 1 - Validação dos indicadores de Avaliação

No percurso de desenvolvimento profissional e pessoal em ambiente clínico que decorre na Unidade [REDACTED], tendo como objetivo a aquisição de competências de investigação e a promoção da qualidade dos cuidados prestados, projeta-se uma intervenção, na procura permanente da excelência no exercício profissional, com o Enfermeiro a prevenir complicações e potenciais problemas.

Título do projeto:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM *DELIRIUM* NA UNIDADE [REDACTED]

RESUMO

O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal, é maioritariamente precipitado por eventos agudos e têm elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos.

Carateriza-se por uma alteração aguda da consciência e da cognição, a sua etiologia é multifatorial. Está associado a um aumento da morbilidade, da mortalidade, do custo e do tempo de internamento, tem ainda um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa, provocando uma diminuição da qualidade de vida.

No percurso de desenvolvimento profissional e pessoal em ambiente clínico, que decorre na Unidade [REDACTED] e com o objetivo de adquirir competências de investigação e de promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem, desenvolve-se um projeto de intervenção no campo da prevenção e do cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, utilizando a **metodologia de trabalho de projeto**.

Na elaboração do diagnóstico da situação, identifica-se o problema que constituiu o início da elaboração do projeto, bem como os problemas parcelares que o compõem: a necessidade de capacitação por parte da equipa de enfermagem para a identificação dos fatores de risco do *Delirium*; a necessidade de aplicação de um instrumento de avaliação do *Delirium*; a clarificação das medidas não farmacológicas e farmacológicas a aplicar à pessoa em situação crítica na prevenção e na gestão do *Delirium* e por fim a necessidade de uniformização de procedimentos de atuação à pessoa com *Delirium*.

De acordo com as necessidades identificadas, define-se os objetivos e planifica-se as atividades e estratégias a desenvolver, após o planeamento segue-se as restantes etapas, a execução, avaliação e divulgação de resultados deste projeto.

Os resultados obtidos vão de encontro aos objetivos e aos indicadores de avaliação formulados. A sua divulgação dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de uma necessidade sentida pela equipa e fornece informação científica a nós enfermeiros, sendo uma metodologia de resolução de problemas de fácil implementação e de desejável aplicação nos contextos da prática clínica, podendo servir de exemplo para outros serviços.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção é um processo enriquecedor, que traz contributos para o futuro, pois cria uma dinâmica que entra no ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e permite adquirir e desenvolver competências de enfermeira especialista.

Palavras-Chave: Metodologia de Projeto, *Delirium*, Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

0-INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção surge no âmbito do estágio final, do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, área de especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica que decorre na Unidade [REDACTED] do Centro Hospitalar X.

É elaborado tendo como premissa que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve prevenir complicações para a saúde da pessoa, identificando, o mais rápido possível os problemas potenciais. Prescrevendo, implementando e avaliando intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis, utilizando rigor técnico e científico na implementação dessas mesmas intervenções (Conselho de Enfermagem, 2001).

O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal (Maldonado,2017), é maioritariamente precipitado por eventos agudos e têm elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos, pelo número considerável de comorbilidades predisponentes (Maldonado,2017; Prayce et al.,2018; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN],2019).

Carateriza-se por uma alteração aguda da consciência, cognição e da perceção (American Psychiatric Association [APA],2014), com atividade psicomotora aumentada ou diminuída e alteração do ciclo sono-vigília (Prayce et al.,2018). As alterações descritas desenvolvem-se num curto período, geralmente horas a dias e tendem a flutuar ao longo do dia, com agravamento no final do dia e durante a noite (APA, 2014).

A sua etiologia é multifatorial depende da interação entre as caraterísticas da pessoa, da sua situação clínica e das caraterísticas do meio (Prayce et al.,2018). Está associado a um aumento da morbidade, da mortalidade, do custo e do tempo de internamento, tem ainda um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa, causando uma diminuição da qualidade de vida (Maldonado,2017).

A identificação de fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium*, deve ser feita desde a admissão hospitalar, pois direciona as estratégias de prevenção e diagnóstico (Carrasco & Zalaquett,2017). Ao intervirmos precocemente nos fatores de risco modificáveis, risco modificáveis, diminuimos a suscetibilidade da pessoa em situação crítica desenvolver *Delirium* (NICE,2019; Pereira et al.,2016).

Com o objetivo de detetar o *Delirium*, estão disponíveis diversos instrumentos, o *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU) e a Lista de Verificação de Triagem de *Delirium* em Terapia Intensiva (ICDSC), os quais foram desenvolvidos e validados em ambiente de cuidados intensivos (SIGN,2019). O CAM-ICU foi selecionado pois é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas, sendo amplamente utilizado em diversos estudos (Estrup et al.,2018; Kenes et al.,2017; Mesa et al.,2017; Singh et al.,2018). Outras ferramentas tiveram desvantagens significativas, como tempo de avaliação mais longo, falta de validação em estudos publicados e sensibilidade e/ou especificidade baixa (SIGN,2019).

O melhor tratamento é a prevenção. As medidas não farmacológicas e multicomponentes são a intervenção de primeira linha, incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais, sendo o foco o cuidado centrado na pessoa e na sua segurança (Bento et al.,2018; Maldonado,2017; Prayce et al.,2018).

As medidas farmacológicas devem ser aplicadas de forma a minimizar o risco ou a obter o controlo sintomático para que se possa aplicar as medidas não farmacológicas (Prayce et al.,2018). A evidência científica para o tratamento farmacológico não é suficiente para apoiar uma recomendação (SIGN,2019).

É ao nível das unidades de cuidados intensivos que a prevalência e incidência do *Delirium* é superior. Contudo, apesar das altas taxas relatadas, o *Delirium* não tem por parte da maioria dos profissionais de saúde o reconhecimento da sua importância, com todas as complicações que daí advém (Barr et al.; Faria & Moreno, 2013).

O Enfermeiro é o profissional de saúde que cuida continuamente, assegurando a vigilância e monitorização constante em cuidados intensivos, o que o coloca numa posição privilegiada para identificar precocemente o *Delirium*, pelo que é de extrema importância a sua sensibilização e capacitação, perante esta deterioração aguda no funcionamento mental.

No desenvolvimento desta intervenção no campo do *Delirium*, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, pois esta não é só a investigação de determinado problema, mas uma intervenção baseada em alicerces fundamentais para a resolução eficaz do mesmo (Ferrito et al.,2010). É um processo dinâmico, que se vai adaptando e reorientando ao longo da intervenção e no qual o enfermeiro especialista tem um papel fundamental.

O trabalho de projeto é uma metodologia que se centra na investigação, análise e resolução de problemas e segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010) a metodologia do projeto é constituída pelas seguintes fases.

1. Elaboração do diagnóstico da situação;
2. Definição dos objetivos;
3. Planificação das atividades, meios e estratégias;
4. Execução e Avaliação das atividades planeadas;
5. Divulgação dos resultados obtidos;

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), esta metodologia envolve sempre trabalho de grupo, pois pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se centra o projeto, uma vez que o planear e o implementar as ações envolve a colaboração tanto dos investigadores como da população abrangida pelo projeto.

De forma a enquadrar o projeto de intervenção no serviço onde este foi desenvolvido, proceder-se-á a uma breve contextualização organizacional da Unidade [REDACTED].

1- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE [REDACTED]

A Unidade [REDACTED] é um serviço do Centro Hospitalar X, que se localiza no Hospital Y, é constituída por três setores: a unidade de cuidados intensivos, com cinco quartos de isolamento para grandes queimados, um bloco de balneoterapia e um bloco operatório. Cada quarto dispõe de equipamento necessário para a vigilância e realização de técnicas avançadas, desde terapêutica de suporte com ventilação assistida invasiva e não invasiva, a técnicas de substituição da função renal. Ar condicionado individual e específico relativamente a fluxo laminar, pressão positiva, temperatura e humidade. Apenas a balneoterapia tem pressão negativa, pois é aqui que a pessoa vítima de queimadura aguarda o resultado do teste de SARS-CoV-2.

Na unidade existe um corredor exterior que dá acesso aos quartos, através de uma janela, que permite às visitas verem e comunicarem com os doentes. A comunicação é feita através de intercomunicadores.

A Unidade [REDACTED] tem como missão a prestação de cuidados de excelência que garantam a total satisfação das necessidades da pessoa/família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, em simultâneo, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização de recursos humanos, da formação contínua e da investigação ao nível de um hospital universitário, no doente vítima de queimadura.

No âmbito dos cuidados, a U [REDACTED] recebe doentes da urgência, de outros hospitais e de outros serviços do hospital, além de doentes queimados, recebe doentes com diagnóstico de síndrome de Lyell e síndrome de Steven Johnson. A etiologia mais frequente das queimaduras são os acidentes de trabalho e os acidentes domésticos.

Nesta unidade pratica-se o método individual de trabalho, sendo cada enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a prestar à pessoa/família que lhe é atribuída. Está também implementada a escala de trabalho Nursing Activities Score (NAS). A equipa de enfermagem para além das competências inerentes ao enfermeiro de cuidados intensivos, necessitam também de possuir competências de bloco operatório e nos cuidados ao doente

queimado em bloco de balneoterapia, pois a admissão do doente e a sua ida ao bloco pode ocorrer nas 24 horas do dia.

A equipa multidisciplinar, vocacionada para o acolhimento ao doente do foro urgente e emergente é composta por: enfermeiros, cirurgiões plásticos, anesthesiologistas, assistentes operacionais, secretária de unidade, fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, psiquiatra e dietista e com apoio frequente de outras especialidades médicas.

A equipa de Enfermeiros da Unidade [REDACTED], valoriza a formação, havendo num universo de 25 enfermeiros, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 5 enfermeiros com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 5 enfermeiros a frequentar a especialidade (médico-cirúrgica, reabilitação e comunitária) e uma enfermeira a frequentar o doutoramento.

Os registos de enfermagem são efetuados no sistema PICIS, de modo a promover a continuidade de cuidados com os outros serviços da instituição e do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

2 – METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

2.1-Diagnóstico de Situação

A fase de diagnóstico de situação pressupõe a identificação do problema. Esta fase foi facilitada pois em momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora, identificou-se uma necessidade sentida pela equipa, a de desenvolver uma intervenção de enfermagem no campo da prevenção e do cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, não só pela incidência considerável desta patologia nesta unidade, dado o tempo elevado de internamento e a idade média dos doentes, como pela constatação de que esta problemática está ainda numa fase muito embrionária na instituição e para a qual ainda não se utiliza instrumentos de avaliação.

A elaboração de um mapa cognitivo em relação a esta situação, contribui para perceber que um projeto nesta área tem capacidade para proporcionar benefícios no futuro e criar dinâmica que integre o ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A definição desta necessidade, foi validada em reunião com a orientadora pedagógica e com a orientadora clínica sobre a pertinência do problema que é concreto e real. Ficaram então reunidas as condições para o estudo, dado a equipa de enfermagem da Unidade de [REDACTED] ser uma equipa motivada que aposta muito na formação e na melhoria contínua dos cuidados prestados. (...) “A motivação é a chave da aprendizagem, ela depende das necessidades sentidas e dos objetivos que estão em conformidade com o individuo, o que persegue de forma prioritária e, acima de tudo, depende do interesse do próprio” Dias (2004, p.33).

Após esta reunião foi dada a conhecer á enfermeira chefe a temática, que a reconheceu como relevante para a teoria e prática, e muito pertinente.

A definição do problema constituiu o início da elaboração do projeto, bem como a identificação dos problemas parcelares que o compõem, como a necessidade de capacitação

por parte da equipa de enfermagem para a identificação dos fatores de risco de *Delirium*, a aplicação de um instrumento de avaliação no diagnóstico do *Delirium*, a clarificação das medidas não farmacológicas e farmacológicas e a necessidade de uniformização de procedimentos de atuação à pessoa com *Delirium*.

Perante as necessidades detetadas, identificou-se as prioridades de atuação, sendo a prioridade fundamental neste início de projeto desenvolver aptidões respeitantes ao processo de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados com a pesquisa em bases de dados, artigos, livros e dissertações acerca do *Delirium* de forma a atuar como dinamizador da incorporação e da transmissão do conhecimento. A elaboração de um algoritmo de atuação na prevenção e gestão do *Delirium* à pessoa em situação crítica, o que promove a uniformização de procedimentos bem como um fluxograma que ajude na aplicação do Instrumento de avaliação dado que o uso rotineiro de escalas de avaliação é fundamental para a prevenção e início oportuno do tratamento, Maldonado (2017).

Outra prioridade é a sensibilização da equipa para a importância da prevenção, identificação e avaliação do *Delirium* na pessoa em situação crítica, pois além de causar angústia à pessoa/família e cuidadores médicos, o desenvolvimento de *Delirium* tem sido associado a aumento da morbilidade e mortalidade, aumento do custo do atendimento, aumento das complicações adquiridas no hospital, aumento de internamentos hospitalares, recuperação funcional e cognitiva deficiente e diminuição da qualidade de vida.

Como fraquezas na implementação do projeto, encontrou-se o risco de desmotivação da equipa para pôr em prática as orientações e a aplicação do instrumento de avaliação devido a toda uma conjectura a nível institucional para fazer face à pandemia de COVID-19, com a distribuição de elementos da equipa de enfermagem da ■■■, para outras unidades de cuidados intensivos, o que submete a equipa a uma enorme pressão, pelas inúmeras solicitações.

Como elemento facilitador nesta etapa utilizou-se a ficha de diagnóstico (Apêndice 1) que serviu como guia orientadora e planificadora de aprendizagens, identificando os principais objetivos a desenvolver.

2.2 - Definição de Objetivos

Segundo Mão de Ferro (1999), os objetivos são de uma importância fundamental, na medida em que “quando não se sabe para onde se vai nunca se pode saber se se lá chegou”.

De acordo com as necessidades identificadas, definiu-se os seguintes objetivos:

2.2.1 - Objetivo Geral

Promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade de [REDACTED]

De forma a atingir o objetivo que foi traçado, delineou-se três objetivos específicos.

2.2.2 - Objetivos Específicos

- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];
- Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* à pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU;

2.3 – Planeamento

O planeamento do projeto surge na sequência dos objetivos formulados. Nesta fase, desenvolve-se um plano de gestão de projeto, realiza-se o levantamento de recursos e das limitações do trabalho, definem-se as atividades a desenvolver e os métodos de pesquisa bem como o cronograma de atividades. Como guia orientador seguiu-se um documento da Revista Percursos, sobre a Metodologia de Projeto, cujos autores são Ferrito, Nunes e Ruivo (2010), (ver Apêndice 2).

Com vista a que os objetivos específicos sejam atingidos, definem-se as atividades/estratégias a desenvolver e formulam-se os indicadores de avaliação.

Objetivo específico 1 “Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED]”.

Atividades/ Estratégias:

Inicialmente e de forma a colmatar o défice de conhecimento sobre a temática foi planeada uma revisão da literatura sobre o *Delirium*, com pesquisa em bases de dados eletrónicas, artigos, livros e repositórios, bem como pesquisa bibliográfica sobre como elaborar o projeto

de intervenção. A seleção e análise de artigos, livros e dissertações (através da leitura dos seus resumos), como critérios de inclusão, produção científica com menos de 5 anos, em inglês, espanhol e português, referentes a população adulta e a extração e síntese dos dados, com inferência baseada em resultados de pesquisa. Utilizando os termos: *Delirium, risk factors, nursing interventions, critically ill patient*, com o operador booleano “and”;

- Reunião com a Professora orientadora pedagógica e a orientadora clínica;
- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem aproveitando as passagens de turno, e sensibilização dos chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;
- Elaboração do plano da sessão de formação: Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED] (Apêndice 3);
- Reunião com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, para calendarização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no email da equipa;
- Elaboração de diapositivos para a sessão de formação (Apêndice 4);
- Elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice 5);
- Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;
- Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente.

Indicadores de Avaliação

- Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à Pessoa em situação crítica com *Delirium*;
- Apresentação do plano da sessão de formação;
- Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem;
- Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio;
- Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem.

Objetivo específico 2 “Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* na pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED]

Atividades/ Estratégias:

- Revisão de literatura sobre a temática;
- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem aproveitando as passagens de turno, e sensibilização dos chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;
- Reunião informal com a equipa de anestesia, onde foi solicitada a colaboração na elaboração de um protocolo de medidas farmacológicas, a ser apresentado à equipa no dia da sessão formativa;
- Elaboração do plano da sessão de formação: Prevenção e Cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade [REDACTED] (Apêndice 3);
- Reunião com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, para calendarização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no email da equipa;
- Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem (Apêndice 4);
- Criação de um algoritmo de atuação, na prevenção e na gestão do *Delirium* na Unidade [REDACTED] (Apêndice 6);
- Elaboração de uma *checklist* do algoritmo de atuação (Apêndice 7);
- Apresentação do algoritmo, na sessão formativa;
- Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente;

Indicadores de Avaliação

- Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*;
- Apresentação do plano da sessão de formação;
- Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem;
- Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio;
- Apresentação da proposta de um algoritmo de atuação;
- Apresentação de uma *checklist* do algoritmo de atuação;
- Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem.

Objetivo específico 3 “Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU”

Atividades/ Estratégias:

- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem aproveitando as passagens de turno, e sensibilização dos chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;
- Revisão de literatura sobre a temática
- Elaboração do plano da sessão de formação: Prevenção e Cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade [REDACTED] (Apêndice 3);
- Reunião com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, para calendarização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no email da equipa;
- Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;
- Elaboração de um documento orientador da aplicação do CAM-ICU (Apêndice 8);
- Elaboração de orientações para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU (Apêndice 9);
- Elaboração de cartões com figuras para o exame de triagem de atenção visual CAM-ICU (Apêndice 10);
- Elaboração de um fluxograma representativo da avaliação do *Delirium* através de um instrumento de avaliação adequado- CAM-ICU (Apêndice 11);
- Construção da proposta de um documento de apoio ao registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU (Apêndice 12);
- Planeamento de sessões de visionamento de filmes educativos sobre a aplicação do instrumento de avaliação;
- Afixar junto dos locais de registo o fluxograma do CAM-ICU.

Indicadores de Avaliação

- Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*;

- Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem;
- Apresentação de um documento orientador da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU;
- Apresentação de um documento orientador para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU;
- Apresentação de cartões com figuras para o exame de triagem de atenção visual CAM-ICU;
- Apresentação de um fluxograma da aplicação do CAM-ICU;
- Apresentação de um documento de apoio ao registo da avaliação do *Delirium*;
- Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem.

O levantamento dos **recursos** humanos, materiais e financeiros, necessários á realização efetiva das atividades do projeto, faz parte da fase de planeamento.

- **Recursos Humanos**, responsáveis pela viabilização do projeto:
 - Professora Dr.^a Lurdes Martins, orientadora pedagógica, pelos seus contributos científicos e metodológicos indispensáveis à realização do projeto;
 - Enfermeira Especialista F. C., orientadora clínica, pelos seus contributos científicos e profissionais para um projeto adaptado às necessidades e recursos da unidade, e como responsável pela formação em serviço, na gestão e articulação para que a formação possa ser feita em contexto de trabalho;
 - Enfermeira Chefe P. P., pela sua disponibilidade e validação das intervenções planeadas;
 - Equipa de Enfermagem da Unidade [REDACTED], pois sem o seu envolvimento e os seus contributos o projeto não terá viabilidade;
 - Dr.^a F. X., Anestesiologista responsável pela [REDACTED] e Dr.^a D. N., interna da especialidade pela elaboração do protocolo de medidas farmacológicas;
 - Enfermeira Especialista A. A., pela articulação com a Cerner Portugal, para colocar o registo informático da avaliação de enfermagem do CAM-ICU no sistema PICIS.

- **Recursos Materiais**, utilizados na execução do projeto:

- Computador e acesso à internet
 - Livros, artigos científicos, bases de dados
 - Impressora
 - Ecrã LCD
 - Papel A4
 - Caneta
 - Folha de plastificação
 - Máquina plastificadora
 - Tesoura
 - Dossier
- **Recursos Financeiros,** A implementação deste projeto não acarreta custos financeiros elevados. Prevê-se apenas custos associados à impressão de documentos (folhas A4, tinteiros a cores), plastificação de cartões com figuras, plastificação do fluxograma, dossier, os custos associados ao computador com ligação à internet e os custos inerentes ao tempo despendido pelos profissionais. O resto dos materiais serão otimizados com os recursos existentes na Unidade [REDACTED].

2.4 - Execução e Avaliação

É nesta fase de execução da metodologia de trabalho de projeto que se põe em prática tudo o que foi planeado.

A **execução** deste projeto centra-se na sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da prevenção, identificação e avaliação do *Delirium* na pessoa em situação crítica, na elaboração de um algoritmo de atuação na prevenção e gestão do *Delirium* e na elaboração de um fluxograma para ajudar na aplicação do instrumento de avaliação, CAM-ICU.

Para que a execução deste projeto seja uma realidade foi necessária uma revisão de literatura sobre a temática. Este estudo teve como base a seguinte questão formulada através da estratégia PI(C)O: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*”.

- População: Pessoa em situação crítica com *Delirium* ou com fatores de risco para o seu desenvolvimento;
- Intervenção: Abordagem não farmacológica e intervenções multicomponentes na gestão do *Delirium*;
- Resultados esperados: Melhoria na qualidade dos cuidados prestados, prevenir o aparecimento de *Delirium* e diminuir a duração e gravidade dos episódios;
- Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos

A consulta foi feita em bases de dados de investigação e produção científica (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE, MEDICLATINA e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), utilizando os termos: *Delirium, risk factors, nursing interventions, critically ill patient*, com o operador booleano “and”.

Como critérios de inclusão: Produção científica com menos de 5 anos, em Inglês, espanhol e Português, referentes a população adulta. Como critérios de exclusão: Crianças e jovens com menos de 18 anos. Efetuada a seleção e análise de artigos e dissertações, através da leitura dos seus resumos, com inferência baseada em resultados de pesquisa e a extração e síntese dos dados.

O *Delirium* é um tema amplamente estudado, com diretrizes internacionais que fornecem recomendações com base em evidências atuais para as melhores práticas na deteção, avaliação, tratamento e acompanhamento de adultos com *Delirium*. Pelo que foi feita pesquisa em bases de dados eletrónicas de organizações internacionais dedicadas ao seu desenvolvimento e publicação, tais como: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

A vasta documentação existente sobre a temática foi o fator facilitador na construção deste projeto e no planeamento da sessão formativa. Em reunião com a orientadora clínica agendou-se a sessão formativa, e esta foi divulgada no quadro da formação e no email da equipa pela enfermeira responsável pela formação em serviço.

A sessão formativa sofreu alteração da data prevista, porque em conversa informal com a Dr.^a F. X., anestesiológica responsável pela [REDACTED], decidiu-se ser importante a equipa de anestesia contribuir na elaboração de um protocolo de medidas farmacológicas, pois quando

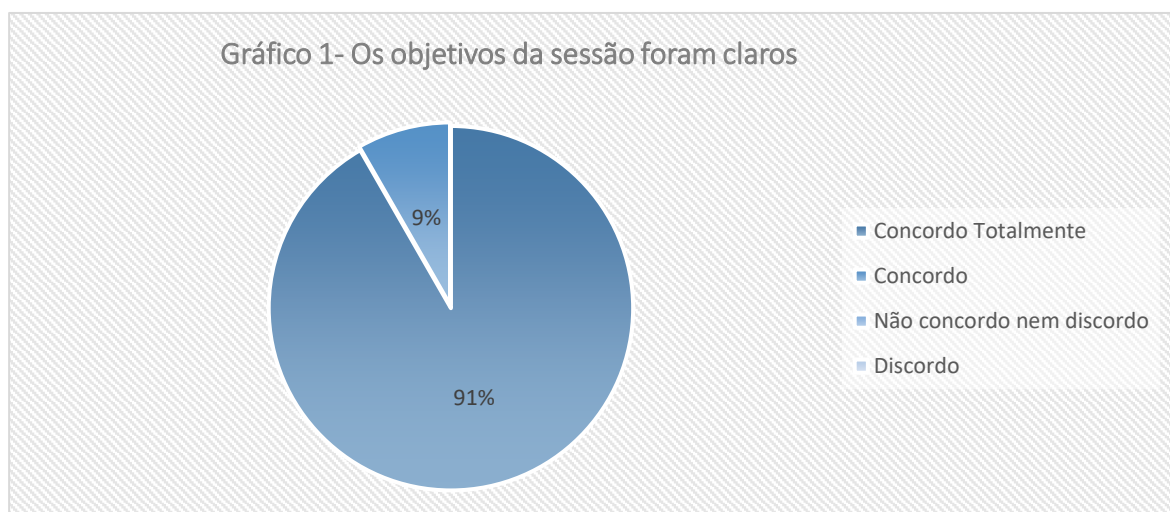
mais elementos da equipa multidisciplinar estiverem envolvidos, mais hipóteses á de implementar o projeto com êxito.

A sessão formativa realizou-se no dia 26 de outubro de 2020, às 14h na sala de reunião na [REDACTED], decorreu dentro do tempo previsto e segundo o plano definido (Apêndice 3). Estiveram presentes 11 elementos da equipa de enfermagem e 3 elementos da equipa de anestesia.

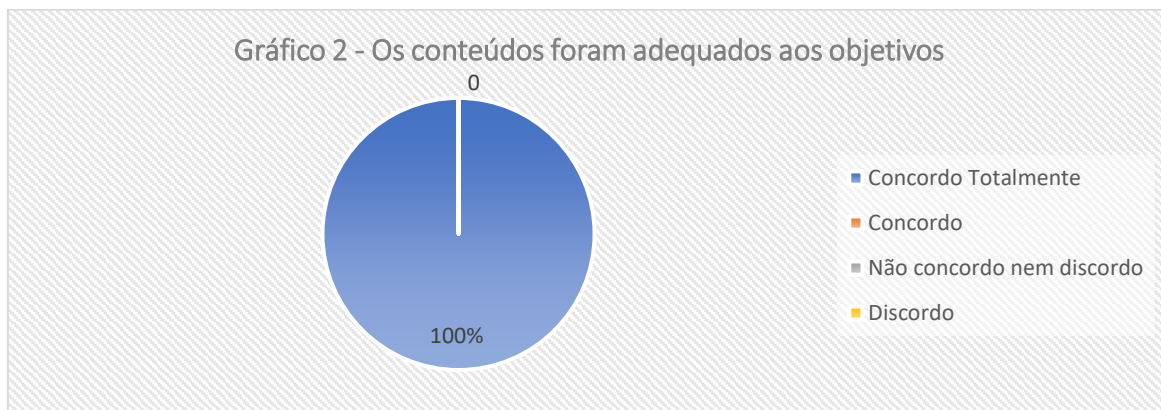
A apresentação foi elaborada com recurso ao *Power Point* (Apêndice 4), apresentou-se o tema, os objetivos, definição e tipos de *Delirium*, diagnóstico e o fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU (Apêndice 10), medidas não farmacológicas, intervenções multicomponentes e por fim o algoritmo para a abordagem do *Delirium* na prevenção e gestão do *Delirium* (Apêndice 6). De seguida a Dr.^a D. apresentou a abordagem farmacológica (Anexo 1).

No final desta sessão formativa, foi distribuído um questionário aos presentes que foi preenchido de forma voluntária e anónima com o objetivo de avaliar a formação (Apêndice 5). Neste questionário, colocam-se seis questões que avaliam o grau de concordância dos participantes, e pede-se comentários e sugestões.

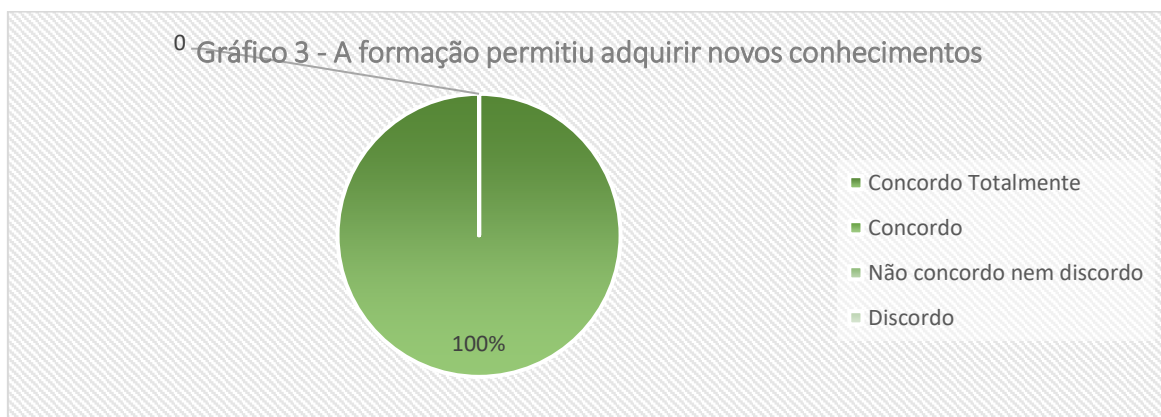
Questionados se “Os objetivos da sessão foram claros”, 10 participantes (91%) responderam concordo totalmente e 1 participante (9%) respondeu concordo (Gráfico 1)



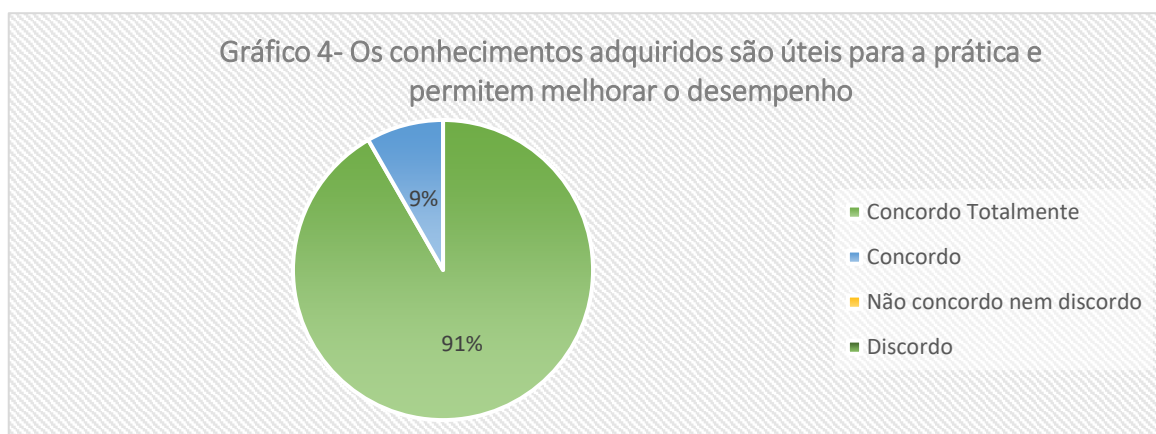
Questionados se “Os conteúdos foram adequados aos objetivos”, a totalidade dos enfermeiros (100%) concordaram totalmente (Gráfico 2).



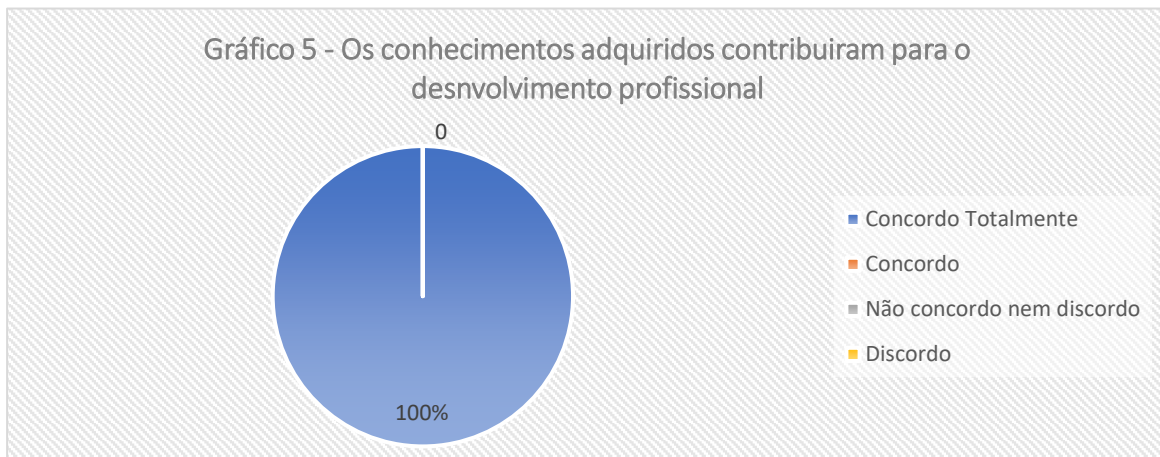
Questionados se “A formação permitiu adquirir novos conhecimentos”, a totalidade dos enfermeiros (100%) concordaram totalmente (Gráfico 3).



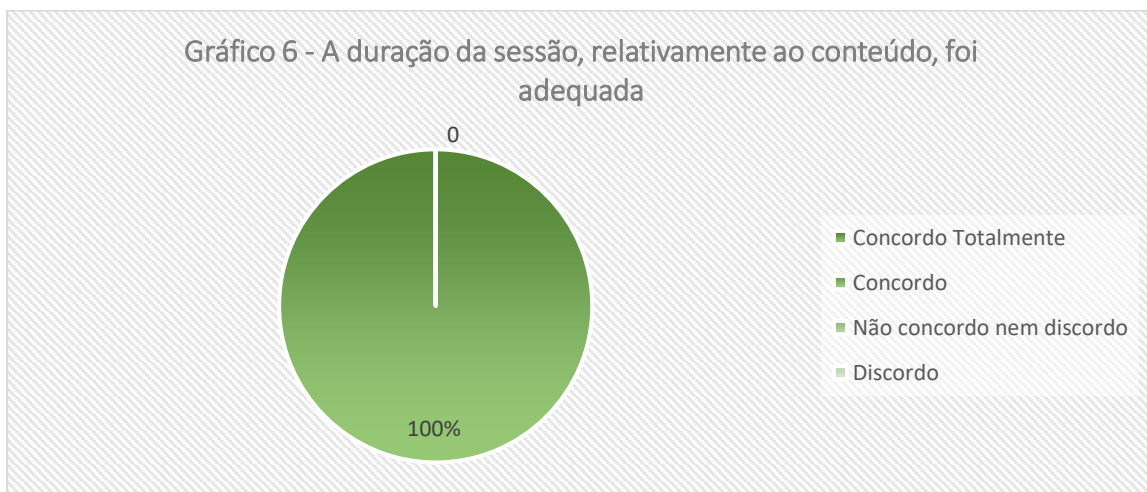
Questionados se “Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho”, 10 participantes (91%) responderam concordo totalmente e 1 participante (9%) respondeu concordo (Gráfico 4)



Questionados se “Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional”, a totalidade dos enfermeiros (100%) concordaram totalmente (Gráfico 5).



Questionados se “A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada”, a totalidade dos enfermeiros (100%) concordaram totalmente (Gráfico 6).



Perante os resultados obtidos e mais importante, a aceitação sentida no decorrer da sessão formativa por parte dos presentes, podemos concluir que atingimos os objetivos propostos, o de capacitar a equipa para a identificação do *Delirium*, as intervenções de enfermagem a implementar para a prevenção do *Delirium* na pessoa em situação crítica na [] e a utilização do instrumento CAM-ICU na avaliação do *Delirium*.

Esta sessão de formação, foi replicada em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem.

A **avaliação** de um projeto é realizada em simultâneo com a sua execução e de forma contínua. Os momentos de avaliação são ideais para questionarmos o trabalho desenvolvido e redefinirmos estratégias. O processo de avaliação teve lugar em todos os momentos de partilha, reflexão e orientação quer com a orientadora pedagógica quer com a orientadora clínica.

Utilizamos na avaliação os quatro tipos de avaliação que existem segundo Carvalho et al. (2001):

- A avaliação **operatória** – orientada para a ação e tomada de decisão, é nesta avaliação que se utilizam os indicadores de avaliação delineados atrás, indicadores esses que foram atingidos (ver Quadro 1).
- A avaliação **permanente** - desenvolvida ao longo do projeto o que possibilita utilizar meios de regulação;
- A avaliação **participante** - envolve todos os elementos que participam no processo com troca de experiências e sugestões de melhoria;
- A avaliação **formativa** – cria as condições para aprendizagens mútuas;

Na avaliação deste projeto, devemos ter em consideração as circunstâncias em que este projeto está a ser implementado, numa fase pandémica em que toda a equipa está sob uma grande pressão pelas inúmeras solicitações de vários quadrantes, pelas alterações dentro da estrutura da própria equipa e pela imprevisibilidade do plano de contingência.

No processo de avaliação a enfermeira orientadora, questiona a equipa sobre a pertinência de algumas medidas, acompanha em proximidade e orienta na parte processual. Deve avaliar, na passagem de turno, se os conhecimentos transmitidos pela equipa são de acordo com os conteúdos lecionados. Monitorizar se a aplicação do instrumento de avaliação está a ser feito de forma correta, bem como o preenchimento da lista de verificação.

Dado que a avaliação é um processo dinâmico, devemos comparar os objetivos definidos no início e os atingidos. Se o objetivo não for atingido, devemos saber quais os fatores que influenciaram, para implementar medidas corretivas.

A avaliação final, deve ser feita seis meses após o processo formativo estar concluído, com recurso á análise do preenchimento da *checklist* do algoritmo de atuação, pois só assim poderemos avaliar se o projeto foi implementado na ■■■.

2.5 - Divulgação dos Resultados

Segundo Ferrito, Nunes e Ruivo (2010), a divulgação dos resultados é a última fase do processo de metodologia de projeto e constitui um “dever ético do investigador”. A divulgação dos resultados deve ser realizada, após a avaliação final do projeto, através da publicação de um artigo científico.

A divulgação do projeto far-se-á através da realização do relatório final de estágio e através da elaboração de um dossier que fica disponível para consulta de toda a equipa e onde foi colocado a fundamentação teórica, a sessão de formação, a proposta de algoritmo de atuação na prevenção e na gestão do *Delirium* na Unidade [REDACTED], as orientações para a utilização da escala CAM-ICU, o fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação do *Delirium* CAM-ICU (afixado para uma fácil leitura) e a proposta de uma folha de registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU para ser utilizado até que o registo esteja no sistema PICIS.

A divulgação dos resultados deve englobar a informação considerada pertinente, nomeadamente os aspetos negativos e deve expor as limitações do estudo (Martins, 2008).

Este processo tem como limitação o fator tempo, dado que o tempo de estágio não permite fazer a avaliação final da implementação do projeto, necessário para avaliar a qualidade e o impacto do mesmo.

Também a fase de execução tem limitações, pois nesta fase é fulcral que a equipa se mantenha motivada e com disponibilidade para assimilar e potenciar as diferentes competências. Dada a conjuntura atual a nível institucional e profissional originada pela pandemia de COVID – 19, isso não está a acontecer, pois a situação de imprevisibilidade e de insegurança com a mobilização de elementos da equipa de enfermagem da [REDACTED] para outras unidades de cuidados intensivos, submete a equipa a uma enorme pressão e angústia.

Esta fase de divulgação dará a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de uma necessidade sentida pela equipa. A divulgação é fundamental para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e fornece informação científica aos enfermeiros, podendo servir de exemplo para outros serviços.

3 - CONCLUSÃO

O *Delirium* tem uma incidência e prevalência elevada nesta unidade, pelo que se revela essencial a identificação precoce e o tratamento atempado na pessoa em situação crítica.

A educação e a formação da equipa de enfermagem são fundamentais, bem como a uniformização de procedimentos, mas para que ocorra uma alteração efetiva de comportamentos é necessária uma reflexão na e sobre a prática, apoiada na mais recente evidência científica bem como o reconhecimento por parte de toda a equipa multidisciplinar, da importância do *Delirium* na pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção foi um processo enriquecedor, que trouxe contributos para o futuro, pois criou uma dinâmica que entra no ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e permitiu adquirir e desenvolver competências de enfermeira especialista.

A sua elaboração tem como premissa a procura permanente da excelência no exercício profissional, com o enfermeiro a prevenir complicações e potenciais problemas.

Apesar de existirem diversas diretrizes e recomendações de atuação, por parte de organizações internacionais, é premente implementá-las na prática e alargá-las às instituições.

4 – BIBLIOGRAFIA

- Bounds, M., Kram, S., Speroni, K. G., Brice, K., Luschinski, M. A., Harte, S., & Daniel, M. G. (2016). Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 535-544. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016209>
- Cro, S. J. F. (2018). *Delirium no idoso* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/81870/1/Sandra%20Cr%c3%b3%20final.pdf>
- Faustino, T. N. (2016) Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia). Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18921/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enf_%20T%C3%A1ssia%20Nery%20Faustino.pdf
- Gravante, F., Giannarelli, D., Pucci, A., Gagliardi, A. M., Mitello, L., Montagna, A., & Latina, R. (2020). Prevalence and risk factors of delirium in the intensive care unit: An observational study. *Nursing in Critical Care*. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12526>
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Medniuk, A. D., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Critical Care*, 23(1), 187. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2441-6>
- Mesa, P., Prevgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., ... & Ely, E. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170058>

- Sampaio, F. (2012). Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em: [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20\(Confusion%20Assessment%20Method%20%20Franc.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20(Confusion%20Assessment%20Method%20%20Franc.pdf)
- Silva, P. D. C. S. D. (2018). *Promoção da segurança do doente cirúrgico com delirium* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora). Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23288>
- Universidade de Aveiro. (2015). Citar e Referenciar: Estilo Bibliográfico APA 6th. Disponível em: [file:///C:/Users/amdwr/Downloads/APA_%20manual%20ref%20bibliograficas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/amdwr/Downloads/APA_%20manual%20ref%20bibliograficas%20(3).pdf)
- Wassenaar, A., Rood, P., Schoonhoven, L., Teerenstra, S., Zegers, M., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2017). The impact of nUrsiNg DELiRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): a study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 68, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.018>
- Xiao, L. I., Zhang, L., Fang, G. O. N. G., & Yuhang, A. I. (2020). Incidence and Risk Factors for Delirium in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Research*, 28(4), e101. doi: [10.1097/jnr.0000000000000384](https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000384)

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ... & Cousin, D. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53-58. doi: 10.1097//CCM.0b013e3182783b72
- Bento, M. S. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado - uma revisão bibliográfica. *Enfermería Global*, (52), 657- 673. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
- Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgência a la unidad de paciente crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 301-310. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.019>
- Carvalho, A., & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Dias, J. M. M., Costa, M. A. S. M., & Carvalho, T. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Estrup, S., Kjer, C. K. W., Poulsen, L. M., Gøgenur, I., & Mathiesen, O. (2018). Delirium and effect of circadian light in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 62(3), 367-375. Doi: 10.1111/aas.13037

- Faria, R. D. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Kenes, M. T., Stollings, J. L., Wang, L., Girard, T. D., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (2017). Persistence of delirium after cessation of sedatives and analgesics and impact on clinical outcomes in critically ill patients. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 37(11), 1357-1365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681431/>
- Maldonado, J. R. (2017). Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Critical care clinics*, 33(3), 461-519. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013>
- Mão de Ferro, A. (1999). Na Rota da Pedagogia. Lisboa. Edições Colibri.
- Mariano, L. I. S. D. (2019). *A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28839>
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética-Pensar Enfermagem. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Miranda, F., Arevalo-Rodriguez, I., Díaz, G., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J., ... & Seron, P. (2018). Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). doi: 10.1002/14651858.CD013126
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Delirium: diagnosis, prevention and management. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

OME. (2015). Oxford Medical Education. Disponível em:
<https://www.oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/delirium/>.

Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. D. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 29-36. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>

Prayce, R., Quaresma, F., & Galriça Neto, I. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Médica Portuguesa*, 51-58. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). Risk reduction and management of delirium. *A National Clinical Guideline*. Disponível em:
<https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>

Singh, T. D., O'Horo, J. C., Gajic, O., Sakusic, A., Day, C. N., Mandrekar, J., ... & Rabinstein, A. A. (2018). Risk factors and outcomes of critically ill patients with acute brain failure: A novel end point. *Journal of Critical Care*, 43, 42-47. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944117304033?via%3Dihub>

APÊNDICE 1

FICHA DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Projeto de Intervenção

Aluna: Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves

Instituição: CH [REDACTED] - Hospital [REDACTED]

Serviço: Unidade [REDACTED]

Título do Projeto: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade [REDACTED]

Explicitação sumária da área de intervenção: O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal, é maioritariamente precipitado por eventos agudos e têm elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos, pelo número considerável de comorbidades predisponentes.

Carateriza-se por uma alteração aguda da consciência e da cognição e a sua etiologia é multifatorial. Está associado a um aumento da morbilidade e mortalidade, do custo e do tempo de internamento e têm um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa e na diminuição da sua qualidade de vida.

A gestão do *Delirium* passa essencialmente pela implementação de medidas não farmacológicas e multicomponentes, com estratégias ambientais, comportamentais e sociais, sendo o foco o cuidado centrado na pessoa e na redução do risco.

A evidência para o tratamento farmacológico é insuficiente para apoiar uma recomendação. As intervenções farmacológicas são dirigidas sobretudo à prevenção do *Delirium* e deverão ser instituídas de forma a prevenir a segurança do doente ou a obter o controle sintomático para que se possa aplicar as medidas não farmacológicas.

O *Delirium* não tem, ainda hoje, por parte da maioria dos profissionais de saúde o reconhecimento da sua importância, com todas as complicações que isso acarreta.

É fundamental a educação e a formação dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de protocolos que permitam a prevenção e identificação precoce do *Delirium*, assim como, a implementação de estratégias de intervenção adequadas, que passem em primeira instância por identificar os doentes mais suscetíveis e com fatores de risco associados ao seu desenvolvimento.

Diagnóstico da Situação

Definição geral do problema: Ausência de uniformização de procedimentos de atuação com vista à prevenção e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com *Delirium* e a inexistência de um instrumento de avaliação do *Delirium*.

Análise do problema: A Unidade [REDACTED] está situada no 7º piso do Hospital de Santa Maria, é constituída por três setores: a unidade de cuidados intensivos, com cinco quartos de isolamento para grandes queimados, um bloco de balneoterapia e um bloco operatório.

A equipa de Enfermagem é constituída por 25 enfermeiros, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 5 enfermeiros com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 5 enfermeiros a frequentar a especialidade (médico-cirúrgica, reabilitação e comunitária) e uma enfermeira a frequentar o doutoramento. Nesta unidade pratica-se o método individual de trabalho, sendo cada enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a prestar à pessoa/família que lhe é atribuída.

Durante o estágio surgiu a perceção da necessidade de desenvolver uma intervenção no campo da prevenção e do cuidado ao doente com *Delirium*, pela crescente incidência desta patologia, pelo tempo elevado de internamento e pela idade avançada dos doentes internados nesta unidade, também em momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora que me sensibilizou para esta problemática que ainda está numa fase muito embrionária na nossa instituição e para a qual a equipa não se encontra ainda sensibilizada. Perante estes dados ficou evidente a necessidade de atuação na formação da equipa de enfermagem.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral:

Necessidade de capacitação por parte da equipa de enfermagem para a identificação dos fatores de risco de *Delirium* no doente crítico;

Necessidade de aplicação de um instrumento de avaliação adequado para o diagnóstico de *Delirium*;

Necessidade de clarificação das medidas não farmacológicas e farmacológicas a aplicar ao doente crítico na prevenção e na gestão do *Delirium*;

Necessidade de uniformização de procedimentos de atuação no doente com *Delirium*.



Determinação de prioridades:

Desenvolver aptidões respeitantes ao processo de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, pesquisa em bases de dados, artigos, livros, teses e dissertações acerca do *Delirium*;

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção, identificação e avaliação do *Delirium* no doente crítico;

Elaboração de um algoritmo de atuação na prevenção e gestão do *Delirium* no doente crítico;

Elaboração de um fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação do *Delirium* CAM-ICU.

Objetivo Geral:

Promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade [REDACTED].

Objetivos Específicos:

- Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];
- Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* à pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU.

APÊNDICE 2

PLANEAMENTO DO PROJETO

PLANEAMENTO DO PROJETO

Estudante: Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves	Orientador: Prof Dr. ^a Lurdes Martins
Instituição: Centro Hospitalar X	Serviço: Unidade [REDACTED]
Título do Projeto: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com <i>Delirium</i> na Unidade [REDACTED]	
Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none">▪ Promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem na prevenção e cuidado à pessoa em situação crítica com <i>Delirium</i> na Unidade [REDACTED].	
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">▪ Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do <i>Delirium</i> na pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];▪ Implementar intervenções de enfermagem preventivas do <i>Delirium</i> à pessoa em situação crítica na Unidade [REDACTED];▪ Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do <i>Delirium</i> CAM-ICU.	
Identificação dos profissionais com quem vai articular a intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Prof. Dr.^a Lurdes Martins, Orientadora Pedagógica, pelos seus contributos científicos e metodológicos indispensáveis à realização do projeto;• Enfermeira Especialista [REDACTED], Orientadora Clínica, pelos seus contributos científicos e profissionais para um projeto adaptado às necessidades e recursos da unidade, e como responsável pela formação em serviço, na gestão e articulação para que a formação possa ser feita em contexto de trabalho;• Enfermeira Gestora P. P., pela sua disponibilidade e validação das intervenções planeadas;• Equipa de Enfermagem da Unidade [REDACTED], pois sem o seu envolvimento e os seus contributos o projeto não terá viabilidade;• Dr.^a F. X., Coordenadora de Anestesiologia da Unidade de Queimados e Dr.^a D. N., interna da especialidade pela elaboração do protocolo de medidas farmacológicas;• Enfermeira Especialista A. A., pela articulação com a Cerner Portugal, para colocar o registo informático de enfermagem no sistema PICIS.	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
<p>Capacitar a equipa para a identificação do <i>Delirium</i> na pessoa em situação crítica na Unidade de [REDACTED];</p>	<p>Revisão de literatura sobre a temática e como elaborar um projeto de intervenção, consulta em bases de dados de investigação e produção científica a partir de uma questão “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com <i>Delirium</i>?”</p> <p>Seleção e análise de artigos, livros e dissertações. Extração e síntese dos dados, com inferência baseada em resultados de pesquisa. Utilizando os termos: <i>Delirium</i>, <i>risk factors</i>, <i>nursing interventions</i>, <i>critically ill patient</i>, com o operador booleano “and”</p> <p>Elaboração de plano de formação;</p> <p>Divulgação da sessão de formação – no quadro da formação e no correio eletrónico da equipa (Enf.^a Orientadora e responsável pela formação em serviço);</p> <p>Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;</p> <p>Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente.</p>	<p>Prof. Dr.^a Lurdes Martins</p> <p>Enf.^a F.C.</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>Computador</p> <p>Acesso à internet</p> <p>Impressora</p> <p>Papel A4</p> <p>Caneta</p> <p>Ecrã LCD</p> <p>Dossier</p>	<p>Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à pessoa em situação crítica com <i>Delirium</i></p> <p>Apresentação de plano de formação</p> <p>Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem</p> <p>Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio</p> <p>Apresentação de documentos de apoio para consulta pela equipa de enfermagem</p>



<p>Implementar intervenções de enfermagem preventivas do <i>Delirium</i> à pessoa em situação crítica na Unidade de [REDACTED];</p>	<p>Divulgação do projeto à equipa de enfermagem aproveitando as passagens de turno, e sensibilizar os chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;</p> <p>Reunião informal com a equipa de anestesia, onde foi solicitada a colaboração na elaboração de um protocolo de medidas farmacológicas, a ser apresentado à equipa no dia da sessão de formação;</p> <p>Elaboração de plano de formação;</p> <p>Divulgação da sessão de formação – no quadro da formação e no correio eletrónico da equipa (Enf.^a Orientadora e responsável pela formação em serviço)</p> <p>Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;</p> <p>Criação de um algoritmo de atuação, na prevenção e na gestão do doente com <i>Delirium</i> na Unidade [REDACTED] e elaboração de uma <i>checklist</i>;</p> <p>Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente;</p>	<p>Prof. Dr.^a Lurdes Martins</p> <p>Enf.^a F. C.</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Dr.^a F. X.</p> <p>Dr.^a D. de N.</p>	<p>Computador</p> <p>Acesso à internet</p> <p>Impressora</p> <p>Papel A4</p> <p>Caneta</p> <p>Ecrã LCD</p> <p>Dossier</p>	<p>Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado no doente com <i>Delirium</i></p> <p>Apresentação de plano de formação</p> <p>Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem</p> <p>Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio</p> <p>Apresentação da proposta de um algoritmo de atuação</p> <p>Apresentação de uma <i>checklist</i> do Algoritmo</p> <p>Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem</p>
---	---	--	---	--

<p>Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do <i>Delirium</i> CAM-ICU;</p>	<p>Divulgação do projeto à equipa de enfermagem aproveitando as passagens de turno, e sensibilizar os chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;</p> <p>Elaboração de plano de formação; Divulgação da sessão de formação – no quadro da formação e no correio eletrónico da equipa (Enf.^a Orientadora e responsável pela formação em serviço) Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;</p> <p>Elaboração de um documento orientador da aplicação do CAM-ICU Elaboração de um documento orientador do exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU Elaborar cartões plastificados com figuras para o exame de triagem de atenção visual CAM-ICU Elaborar um fluxograma representativo da avaliação do <i>Delirium</i> através de um instrumento de avaliação adequado – CAM-ICU; Afixar junto dos locais de registo;</p> <p>Construção da proposta de um documento de apoio ao registo da avaliação do <i>Delirium</i> através do CAM-ICU; Planeamento de sessões de visionamento de filmes educativos sobre a aplicação do instrumento de avaliação.</p>	<p>Prof. Dr.^a Lurdes Martins</p> <p>Enf.^a F. C.</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>Computador</p> <p>Acesso à internet</p> <p>Impressora</p> <p>Papel A4</p> <p>Caneta</p> <p>Ecrã LCD</p> <p>Dossier</p> <p>Tesoura</p> <p>Folha de plastificação</p> <p>Máquina plastificadora</p>	<p>Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado à pessoa em situação crítica com <i>Delirium</i></p> <p>Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem</p> <p>Apresentação de um documento orientador na aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU</p> <p>Apresentação de um documento orientador do exame de triagem de atenção visual</p> <p>Apresentação do fluxograma da aplicação do CAM-ICU</p> <p>Apresentação de um documento de apoio ao registo da avaliação do <i>Delirium</i></p> <p>Apresentação de documentos de apoio para consulta pela equipa de enfermagem</p>
--	---	--	--	---



FASE	CRONOGRAMA ATIVIDADES	ANO		2020			2021	
		SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enfermeira orientadora e com a Professora orientadora Pesquisa bibliográfica Identificar a necessidade de intervenção							
Planeamento	Pesquisa bibliográfica sobre a metodologia de projeto. Revisão da literatura sobre o Delirium, consulta em bases de dados eletrónicas Seleção e análise de artigos, livros e dissertações e guidelines internacionais. Extração e síntese dos dados Momentos de partilha com a orientadora clínica Reunião com a orientadora pedagógica Reunião com a Enf.ª responsável pela formação em serviço para a calendarização da sessão formativa							
Execução	Divulgação do projeto à equipa de enfermagem Elaboração de um fluxograma representativo da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU, afixar junto dos locais de registo o fluxograma do CAM-ICU. Elaboração do plano de formação Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no correio eletrónico da equipa Reunião informal com a equipa de anestesia Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno Criação de um algoritmo de atuação, na prevenção e na gestão do doente com Delirium na unidade de queimados e a elaboração de uma checklist Apresentação do algoritmo, na sessão formativa Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente Construção de um documento de registo da avaliação do Delirium através do CAM-ICU							
Avaliação	Avaliação operatória- utilizando os indicadores de avaliação delineados Avaliação permanente, de forma continua ao longo do projeto Avaliação participante com todos os elementos, trocando experiências e resultados Avaliação formativa: Avaliação da sessão formativa através do questionário Avaliação na passagem de turno se os conhecimentos transmitidos pela equipa são de acordo com os conteúdos lecionados e monitorizando a avaliação da aplicação correta do instrumento de avaliação e o preenchimento da lista de verificação (<i>checklist</i>). Comparar os objetivos definidos no início e os atingidos							
Divulgação dos Resultados	Divulgar a avaliação da atividade formativa aos enfermeiros Divulgar através da elaboração de um dossier que fica disponível para consulta de toda a equipa Divulgar no relatório final de estágio Divulgar através da publicação de um artigo científico							

Orçamento: A implementação deste projeto não acarreta custos financeiros elevados. Prevê-se apenas custos associados à impressão de documentos (folhas A4, tinteiros a cores), plastificação de cartões com figuras, plastificação do fluxograma, dossier, os custos associados ao computador com ligação à internet e os custos inerentes ao tempo despendido pelos profissionais. O resto dos materiais serão otimizados com os recursos existentes na Unidade [REDACTED].

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: Os possíveis constrangimentos passam pela desmotivação da equipa de enfermagem, dada a conjuntura atual a nível institucional e profissional originada pela pandemia de COVID – 19, que provoca uma situação de imprevisibilidade e de insegurança, com a deslocação de alguns elementos para outras unidades de cuidados intensivos. Outro possível constrangimento é a baixa adesão à participação na sessão de formação. Como forma de os ultrapassar planeia-se a realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem.

Avaliação: A avaliação de um projeto é realizada em simultâneo com a sua execução e de forma contínua. Os momentos de avaliação são ideais para questionarmos o trabalho desenvolvido e redefinirmos estratégias.

Utilizamos na avaliação os quatro tipos de avaliação que existem segundo Carvalho et al. (2001):

- A avaliação **operatória** – orientada para a ação e tomada de decisão, é nesta avaliação que se utilizam os indicadores de avaliação delineados atrás;
- A avaliação **permanente** - desenvolvida ao longo do projeto o que possibilita a existência de meios de regulação;
- A avaliação **participante** - integra todos os elementos que participam no processo na avaliação, facilitando a troca de experiências e resultados e a apresentação de sugestões de melhoria;
- A avaliação **formativa** – cria as condições para aprendizagens mútuas; na avaliação deste projeto, devemos ter em consideração as circunstâncias em que este projeto está a ser implementado, numa fase pandémica em que toda a equipa está sob uma grande pressão pelas inúmeras solicitações de vários quadrantes, e pela imprevisibilidade do plano de contingência.

A enfermeira responsável pelo projeto deve ir questionando a equipa sobre a pertinência e a relevância de alguns itens, acompanhando em proximidade e orientando na parte processual. Avaliando na passagem de turno se os conhecimentos transmitidos pela equipa são de acordo com os conteúdos apresentados e monitorizando a avaliação da aplicação correta do CAM-ICU e o preenchimento da lista de verificação (*checklist*).

Sendo a avaliação um processo dinâmico devemos comparar os objetivos definidos no início e os atingidos. Se o objetivo foi conseguido, devemos questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo e se o objetivo não for atingido, saber quais os fatores que influenciaram e as consequências da sua não consecução e implementar medidas corretivas. A avaliação final deve ser feita seis meses após o processo formativo estar concluído.

Divulgação dos Resultados: A divulgação do projeto far-se-á no relatório final de estágio, este processo dará a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de uma necessidade sentida pela equipa, a divulgação dos resultados deste projeto é importante para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e fornece informação científica aos enfermeiros podendo servir de exemplo para outros serviços.


Outra forma de divulgação é através da elaboração de um dossier que fica disponível para consulta de toda a equipa e onde foi colocado a fundamentação teórica, a sessão de formação, a proposta de algoritmo de atuação na prevenção e na gestão do doente com *Delirium* na unidade [REDACTED], as orientações para a utilização da escala CAM-ICU e para o exame de triagem de atenção visual CAM-ICU, o fluxograma da aplicação do instrumento de avaliação do *Delirium* CAM-ICU, que fica na central onde se fazem os registos para uma fácil consulta e a proposta de uma folha de registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU para ser utilizado até que o registo esteja no sistema PICIS.

Segundo Martins (2008), a divulgação dos resultados deve englobar a informação considerada pertinente, nomeadamente os aspetos negativos ou hipóteses não confirmadas e deve expor as limitações do estudo.

A divulgação dos resultados deve ser realizada, após a avaliação final do projeto, através da publicação de um artigo científico.

APÊNDICE 3

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO:

Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade 

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: Prevenção e cuidado ao doente crítico com *Delirium* na unidade [REDACTED]

Serviço: Unidade [REDACTED] – Hospital [REDACTED]

Data: 26 de outubro de 2020 **Hora:** 14:00 **Duração:** 14:50

Local: Sala de reunião

Formadora: Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves

Destinatários: Equipa de Enfermagem Unidade [REDACTED]

Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED].

Objetivos Específicos:

- Capacitar a equipa para a identificação do *Delirium* no doente crítico na unidade de [REDACTED];
- Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* no doente crítico na unidade [REDACTED];
- Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU;

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação do formador Apresentação dos objetivos Apresentação do Projeto de Intervenção	Método Expositivo	Computador Ecrã LCD	10 min
Desenvolvimento	Definição de <i>Delirium</i> Tipos de <i>Delirium</i> Fatores de Risco Escala CAM-ICU Intervenções Não Farmacológicas Intervenções Farmacológicas Algoritmo para abordagem do <i>Delirium</i>	Método Expositivo	Computador	25 min
Conclusão	Sumário dos pontos chave da Sessão Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo Participativo	Computador	10 min
Avaliação	Aplicação de Questionário	Questões de escolha múltipla e de resposta aberta	Documentos elaborados em papel	5 min

APÊNDICE 4

DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade [REDACTED]



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PREVENÇÃO E CUIDADO AO DOENTE COM DELIRIUM
na Unidade de

Por: Maria Fátima B. Viana Esteves

Orientadora clínica: Enfermeira Especialista

Orientadora Pedagógica: Prof.Doutora Lurdes Martins

Lisboa, Outubro 2020



OBJETIVOS

Objetivo Geral

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com Delirium na Unidade

Objetivos Específicos

- o Capacitar a equipa para a identificação do delirium no doente crítico na unidade
- o Implementar intervenções de enfermagem preventivas do delirium no doente crítico na unidade de
- o Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do delirium CAM-ICU.

SUMÁRIO

- Definição de Delirium
- Tipos de Delirium
- Etiologia
- Fatores de Risco para Delirium
- Diagnóstico de Delirium
- Escala CAM-ICU
- Medidas Não Farmacológicas
- Intervenções multicomponentes
- Algoritmo para a abordagem do Delirium

DEFINIÇÃO

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V) o delirium é definido como:

- Alteração da consciência com diminuição da capacidade de manter, alterar ou focar a atenção;
- Alteração da cognição (memória, orientação, linguagem);
- Alteração da percepção que não pode ser explicada por quadro demencial estabelecido, pré-existente ou em evolução.

As alterações descritas desenvolvem-se num curto período de tempo, geralmente horas a dias e tendem a flutuar ao longo do dia, com agravamento no final do dia e durante a noite.

DEFINIÇÃO

O International Classification of Diseases-10 (ICD-10), inclui na sua definição:

- Alterações da função psicomotora, como hiperatividade, hipoatividade ou mista;
- Alterações do ciclo sono-vigília, como insónia ou inversão;
- Alteração do estado emocional, como a depressão, irritabilidade, euforia, ansiedade ou medo.

Alguns doentes apresentam sintomas prodrómicos (“delirium subclínico”) como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do delirium.

Prayce et al, 2018

TIPOS DE DELIRIUM

HIPERATIVO

Agitação Psicomotora

Alucinações Visuais e Auditivas

Inquietação

Alteração do Padrão do Sono

HIPOATIVO

Lentificação Psicomotora

Apatia

Letargia

MISTO

Episódios Alternados:

Agitação

Agressividade

Hipoatividade

Miranda et al.,2018; APA,2014

ETIOLOGIA

A etiologia é complexa e frequentemente **multifatorial** dependendo da interação entre **caraterísticas do doente** (ex. gênero, idade), da **situação clínica** (ex. infecção urinária, trauma) e das **características do meio** (ex. realização de manobras invasivas, internamento em cuidados intensivos).

Prayce et al.,2018

Fatores de risco

O delirium é um problema comum na unidade de cuidados intensivos, com uma incidência estimada de até 80%, pois estes pacientes têm um número considerável de comorbidades predisponentes.

Miranda et al.,2018

Vários fatores **predisponentes** aumentam o risco de delirium, incluindo idade avançada, demência, fragilidade, presença de múltiplas comorbidades, sexo masculino, deficiências sensoriais, história de depressão, história de delírio e uso indevido de álcool.

Marcantônio,2017

Fatores de Risco

Fatores de risco predisponentes e precipitantes para delirium

- Idade avançada
- Sexo Masculino
- Antecedentes psiquiátricos-síndromes depressivos
- Comprometimento cognitivo-Demência
- Deficiências sensoriais*
- Desequilíbrio eletrolítico e desidratação*
- Intoxicação e abstinência*
- Isolamento e imobilidade*
- Anemia, anoxia, hipoxia e estados de baixa perfusão
- Privação do sono e distúrbios no ciclo vigília-sono
- Deficiências nutricionais
- Distúrbio endócrino
- Trauma*
- Estímulos nocivos (dor descontrolada)*
- Agentes farmacológicos e outras toxinas*
- Sedação prolongada e/ou ininterrupta
- Infecções (sepsis, meningites)
- Falha Orgânica
- Uremia e outras doenças metabólicas
- Pontuação APACHE (gravidade da doença)*
- Restrições físicas*

Maldonado, 2017

DIAGNÓSTICO

O primeiro passo no diagnóstico do delirium passa pela **avaliação basal cognitiva do doente**. É o declínio cognitivo traduzido pela redução do score que deverá alertar o profissional para a realização de um rastreio de delirium com instrumentos de diagnóstico.

Prayce et al., 2018

O diagnóstico do *delirium* é realizado com base nos critérios de diagnóstico de referência atuais incluídos no *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edição) e na *The International Classification of Diseases*. No entanto, desenvolveram-se outras ferramentas com o objetivo de detetar o *delirium* de forma mais rápida. Entre estas, o *The Confusion Assessment Method* é o instrumento mais frequentemente utilizado

ESCALA CAM-ICU

O Confusion Assessment Method - ICU (CAM-ICU) e a Lista de Verificação de Triagem de Delirium em Terapia Intensiva (ICDSC) foram desenvolvidos e validados em ambientes de Unidade de Cuidados Intensivos

Outras ferramentas tiveram desvantagens significativas em relação ao CAM, como tempo de avaliação mais longo, sensibilidade e / ou especificidade pobres e / ou falta relativa de validação em estudos publicados.

Sign 157, 2019

O método de avaliação de confusão para unidade de cuidados intensivos (CAM-ICU) é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas, e é amplamente utilizada em pesquisas e configurações clínicas

Estrup, 2017; Kenes, 2017; Khan, 2017; Singh, 2018

ESCALA CAM-ICU

DELIRIUM RASS

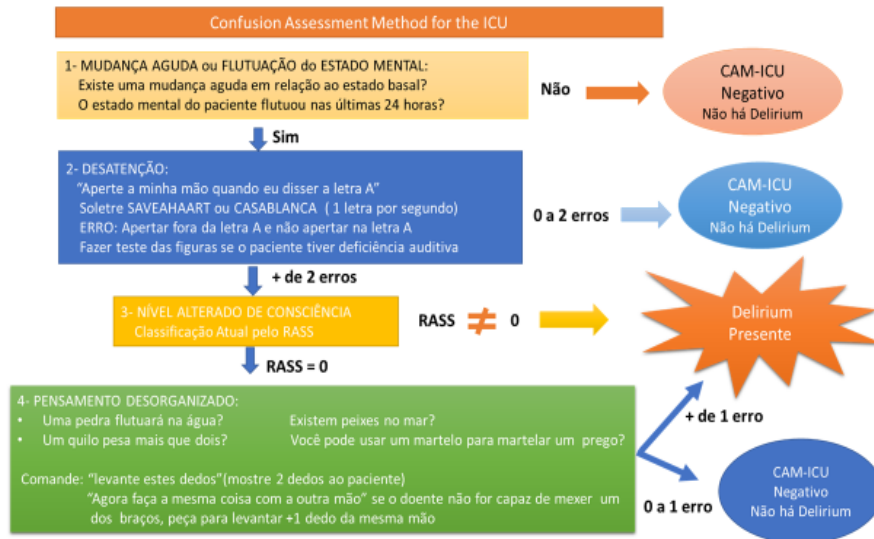
RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE (RASS)

Avaliação do nível de consciência

ESCALA	DESCRIÇÃO
+4	• AGRESSIVO Combativo, Violento, representa perigo imediato para os profissionais de saúde
+3	• MUITO AGITADO Puxa ou retira tubos ou cateteres, agressivo
+2	• AGITADO Movimentos não intencionais frequentes, luta contra o ventilador
+1	• INQUIETO Ansioso, mas os movimentos não são agressivos
0	• ALERTA, CALMO
-1	• SONOLENTO Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos / contacto visual) de forma sustida(>10seg), com estimulação verbal.
-2	• SEDAÇÃO LIGEIRA Acorda por breves períodos (< 10 seg) com contacto visual com estimulação verbal
-3	• SEDAÇÃO MODERADA Movimento ou abertura de olhos com estimulação verbal (mas sem contato visual)
SE RASS ≥ -3 PROCEDE-SE À AVALIAÇÃO DO CAM-ICU	
-4	• SEDAÇÃO PROFUNDA Não responde à voz, mas apresenta movimentos, ou abertura dos olhos com estimulação
-5	• NÃO DESPERTÁVEL Não responde à estimulação verbal ou física
SE RASS -4 OU -5 STOP Doente inconsciente	

T
O
Q
U
E

ESCALA CAM-ICU



AVALIAÇÃO CAM-ICU

Data de avaliação: _____

Hora: _____

1. Início Agudo ou Curso Flutuante

- Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?
- Este comportamento flutuou nas últimas 24h. Houve flutuações na escala de sedação ou de delírio prévio?
- Não identificada

2. Falta de Atenção

Tentar fazer o teste de atenção auditivo primeiro. Fazer o teste de atenção visual apenas se o doente não for capaz de realizar o auditivo.

2.a) SAVE AHAART SCORE

2.b) Teste de Atenção Visual SCORE

CAM ICU SCORE

OBS.

3. Nível de Consciência

+4 0

+3 -1

+2 -2

+1 -3

4. Pensamento Desorganizado

4.a) Questões S/N Score
Um ponto por cada resposta errada.

4.b) Ordens Score
Um ponto se não completar o teste.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Comprometimento Cognitivo / Défice visual e auditivo

- Reorientar no tempo e no espaço o doente, mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço;
- Promoção da visita de familiares, conversas telefónicas e/ou videoconferências;
- Ajudas visuais que auxiliem a orientação como o relógio, calendário e complementar com elementos pessoais e familiares ao doente;
- Estimulação cognitiva: Relembrar o motivo do internamento, falar de acontecimentos atuais, facilitar o visionamento de programas de televisão adequados e/ou musicoterapia;
- Reduzir o défice sensorial, disponibilizar o uso de próteses visuais e auditivas sempre que acordado;
- Prevenção da desidratação da córnea durante a sedação.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Alteração do ciclo sono-vigília

- Garantir um ambiente calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, abertura dos estores durante o dia e fecho a noite;
- Promoção de sono tranquilo, reduzir luz e ruído durante a noite, evitar falar alto, reduzir o som dos telefones, dos alarmes dos monitores e ventiladores, reduzir a luminosidade dos monitores existentes no quarto;
- Uso de protetores auriculares (deve ser considerado individualmente, pois pode exacerbar a confusão)
- Programar as atividades, minimizar as intervenções clínicas no período noturno.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Desidratação/ Desnutrição

- Promoção de uma nutrição e hidratação adequadas por via oral, quer ajustando a dieta ao gosto do doente, quer incentivando à utilização de próteses dentárias, quer ainda mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, evitando sempre que possível a alimentação por SNG;
- Monitorizar com o apoio do nutricionista o evoluir da situação;
- Assegurar o ajuste adequado das próteses dentárias;
- Fluidoterapia endovenosa quando indicado, monitorização do balanço hídrico;
- Monitorizar o padrão intestinal, laxantes se necessário (ex. analgesia com opioides).

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Imobilidade

- Mobilizar os doentes logo que possível;
- Exercícios de amplitude;
- Remoção de cateteres e restrições físicas logo que possível;
- Limitar no tempo a realização de contenção física pois está associada ao desenvolvimento e à persistência do delirium, existem recomendações da Direção geral de saúde para só se utilizar excecionalmente após prescrição médica;
- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras cutâneas e providenciar cuidados regulares nas áreas de pressão;

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Infeção

- Seguir as recomendações e normas definidas pela GCL-PPCIRA, nos cuidados prestados;
- Proteção da via aérea e prevenção da aspiração;
- Identificar e tratar a infeção;
- Evitar cateterismos desnecessários;

Dor

- Avaliar a dor através do uso de instrumentos/escalas;
- Controlar, registar e monitorizar a dor.

Medicação

- Revisão da terapêutica se desnecessária ou se polimedicação.

INTERVENÇÕES MULTICOMPONENTES

O NICE recomenda tratar as causas, comunicar-se de forma eficaz com o paciente, fornecer um ambiente de tratamento adequado e, especificamente, abordar o sofrimento.

- 1- Considerar as causas agudas do delírium, baixo nível de oxigénio, baixa pressão arterial, baixo nível de glicose e intoxicação ou abstinência por drogas;
- 2- Identificar e tratar sistematicamente as causas potenciais (medicamentos, doença aguda, etc.) tendo em consideração que as causas múltiplas são comuns;
- 3- Otimizar a fisiologia, e gerir as condições simultâneas, como o ambiente, os medicamentos e o sono para promover a recuperação do cérebro;

INTERVENÇÕES MULTICOMPONENTES

- 4- Tratar a agitação e/ou angústia, usando meios não farmacológicos se possível;
- 5- Comunicar o diagnóstico aos pacientes e cuidadores, encorajar o envolvimento dos cuidadores e fornecer envolvimento e apoios contínuos;
- 6- Prevenir complicações do delirium, como imobilidade, quedas, úlceras de pressão, desidratação, desnutrição e isolamento;
- 7- Monitorizar a recuperação e considere o encaminhamento a um especialista se não houver recuperação;
- 8- Promover o envolvimento cognitivo, a mobilização e outras estratégias de reabilitação.

ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO DELÍRIUM

I. Avaliar Fatores de Risco

- Colheita de informação de **antecedentes pessoais** e história atual
- Conhecer as características do doente (idade, sexo, **estado cognitivo basal**, história de abuso de álcool, experiência anterior de delírium);
- Conhecer os **fatores de risco** predisponentes e precipitantes;
- Identificar os fatores de risco **modificáveis** e não modificáveis para o doente.

II. Implementação de estratégias de prevenção

- 1) Minimizar o uso de agentes farmacológicos que podem contribuir ou agravar o Delírium;
- 2) Melhorar o ciclo sono-vigília e restaurar o ritmo circadiano normal;
- 3) Implementar técnicas de mobilização antecipada;
- 4) Fornecer estimulação intelectual e ambiental adequada o mais cedo possível;
- 5) Avaliar e tratar adequadamente a dor;
- 6) Reavaliar os níveis de dor diariamente e titular os agentes opióides para o menor efetivo necessário para manter a analgesia adequada;
- 7) Use protocolos de prevenção de delírium não farmacológicos.

III. Avaliação e Detecção do Delírium

- Utilizar um instrumento de avaliação do delírium – **CAM-ICU**, pelo menos uma vez por dia e sempre que haja alteração na função cognitiva, percepção e consciência;
- Usar critérios do DSM-5 ou CID-10;
- Reforçar com a equipa a importância de detetar a presença de delírium hipoativo e suas diferentes manifestações.

Doente sem evidência de Delírium



Manter estratégias de Prevenção

IV. Gestão do Doente com Delírium

1. Implementar **intervenções multicomponentes** para abordar o delírium em colaboração com a equipa multidisciplinar;
2. Identificar e tratar causas subjacentes;
3. Utilizar **medidas não farmacológicas**;
4. Utilizar medidas farmacológicas de acordo com protocolo instituído, se não for possível o controlo sintomático através de medidas não farmacológicas adotadas pela equipa de enfermagem;
5. Avaliar, monitorizar e registar a efetividade das intervenções;

CONCLUSÃO



Maldonado,2017

CONCLUSÃO

A evidência científica para o tratamento do delirium é escassa, mas a sua identificação e prevenção são fundamentais para reduzir a sua incidência, duração e morbi-mortalidade. A prevenção do delirium baseia-se em intervenções multidisciplinares que abordam os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento.

É fundamental a educação e a formação dos profissionais de saúde, com desenvolvimento de protocolos e formação de equipas que permitam a prevenção e identificação precoce do delirium e implementação de estratégias de intervenção adequadas.

Prayce et al.,2018

BIBLIOGRAFIA

- Bento, M. S. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado—uma revisão bibliográfica. *Enfermeria Global*, (52), 657.
- Bounds, M., Kram, S., Speroni, K. G., Brice, K., Luschinski, M. A., Harte, S., & Daniel, M. G. (2016). Effect of ABCDE bundle implementation on prevalence of delirium in intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 535-544.
- Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 301-310.
- Cro, S. J. F. (2018). *Delirium no idoso* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra).
- Faria, R. D. S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147.
- Faustino, T. N. Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico: realização de uma intervenção educativa com a enfermagem.
- Gravante, F., Giannarelli, D., Pucci, A., Gagliardi, A. M., Mitello, L., Montagna, A., & Latina, R. (2020). Prevalence and risk factors of delirium in the intensive care unit: An observational study. *Nursing in Critical Care*.
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Medniuk, A. D., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Critical Care*, 23(1), 187.
- Maldonado, J. R. (2017). Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Critical care clinics*, 33(3), 461-519.
- Mariano, L. I. S. D. (2019). *A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde).
- Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., ... & Ely, E. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345.

BIBLIOGRAFIA

- Miranda, F., Arevalo-Rodriguez, I., Díaz, G., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J., ... & Seron, P. (2018). Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9).
- Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. D. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 29-36.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Galriça Neto, I. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital?. *Acta Médica Portuguesa*, 51-58.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Silva, P. D. C. S. D. (2018). *Promoção da segurança do doente cirúrgico com delirium* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). Risk reduction and management of delirium. *A National Clinical Guideline*.
- Wassenaar, A., Rood, P., Schoonhoven, L., Teerenstra, S., Zegers, M., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2017). The impact of nUrsiNG DEIRium Preventive INterventions in the Intensive Care Unit (UNDERPIN-ICU): a study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 68, 1-8.
- Xiao, L. I., Zhang, L., Fang, G. O. N. G., & Yuhang, A. I. (2020). Incidence and Risk Factors for Delirium in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Research*, 28(4), e101

Delirium



Muito
Obrigada!!!

APÊNDICE 5

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO:
PREVENÇÃO E CUIDADO AO DOENTE COM *DELIRIUM* NA
UNIDADE [REDACTED]**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de especialidade à pessoa em situação crítica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CUIDADO AO DOENTE COM *DELIRIUM* NA UNIDADE [REDACTED]”

1.Avaliação Global

Assinale com um X a quadrícula correspondente à sua opinião

1- Discordo; 2- Não Concordo nem Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo totalmente.

	1	2	3	4
Os Objetivos da sessão foram claros;				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos;				
A formação permitiu adquirir novos conhecimentos;				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a prática e permitem melhorar o desempenho;				
Os conhecimentos adquiridos contribuíram para o desenvolvimento profissional;				
A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada;				

2.Comentários e Sugestões

Obrigado pela sua colaboração

Fátima Viana

APÊNDICE 6

ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO *DELIRIUM*

NA UNIDADE 

ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO DELIRIUM NA UNIDADE [REDACTED]

I. AVALIAR FATORES DE RISCO:

- 1) Colheita de informação de antecedentes pessoais e história atual, recorrer aos familiares/cuidadores se necessário, para obter informações;
- 2) Conhecer as características do doente (idade, sexo, estado cognitivo basal, história de abuso de álcool, experiência anterior de *delirium*);
- 3) Conhecer os fatores de risco predisponentes e precipitantes;
- 4) Identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o doente.

II. IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

- 1) Minimizar o uso de agentes farmacológicos que podem contribuir ou agravar o *Delirium*;
- 2) Melhorar o ciclo sono-vigília e restaurar o ritmo circadiano normal;
 - 2.1. Usar métodos não farmacológicos para promover um ciclo vigília-sono mais natural:
 - a) Controle de luz;
 - b) Controle de ruído;
 - 2.2. Forneça o máximo de luz natural possível durante o dia;
- 3) Implementar técnicas de mobilização antecipada:
 - 3.1. Protocolos de despertar diário;
 - 3.2. Remover acessos venosos, cateteres vesicais, restrições físicas e quaisquer outros aparelhos de imobilização o mais cedo possível;
 - 3.3. Limitar no tempo a realização de contenção física;
 - 3.4. Iniciar e a fisioterapia e a terapia ocupacional assim que for clinicamente seguro;
 - 3.5. Em pacientes acamados, pode ser limitado à amplitude de movimento passivos;
 - 3.6. Quando clinicamente estável, levantar o paciente o mais cedo possível;
 - 3.7. Fornecer aos pacientes para redução de défices sensoriais, óculos e aparelhos auditivos;
- 4) Fornecer estimulação intelectual e ambiental adequada o mais cedo possível.
- 5) Avaliar e tratar adequadamente a dor:
 - 5.1. Evite o uso de agentes opióides para controle comportamental da agitação;
 - 5.2. Alternar os agentes opióides da morfina para remifentanil ou fentanil;
- 6) Reavaliar os níveis de dor diariamente e titular os agentes opióides para o menor efetivo necessário para manter a analgesia adequada:
 - 6.1. Limitar o uso de fentanil para o início rápido da analgesia e como agente de resgate;
 - 6.2. Evite o uso de agentes opióides para sedação ou controle de agitação ou delírio;
- 7) Suspensão da sedação, se possível, isso inclui:
 - 7.1. Interrompa as infusões de sedativos diariamente até que o paciente esteja acordado;
 - 7.2. Reinicie a sedação, se necessário, na menor dose eficaz;

- 7.3. Reavalie o nível de sedação desejado (por exemplo, RASS);
- 7.4. Usar um agente sedativo com menor potencial deliriogênico:
- a) O uso de dexmedetomidina está associado à menor incidência de *delirium*;
 - b) O uso de propofol é uma boa segunda escolha;
- 8) Use protocolos de prevenção de *Delirium* não farmacológicos.

III. AVALIAÇÃO E DETECÇÃO DO DELIRIUM

- Utilizar um instrumento de avaliação do *Delirium* – CAM-ICU, pelo menos uma vez por dia e sempre que haja alteração na função cognitiva, percepção e consciência;
- Usar critérios do DSM-5 ou CID-10;
- Os doentes serão diagnosticados com *Delirium* se tiverem pelo menos uma triagem de *Delirium* positiva (método de avaliação de confusão (CAM-ICU));
- Reforçar com a equipa a importância de detetar a presença de *delirium* hipoativo e suas diferentes manifestações.

Doente sem evidência de *Delirium* → Manter estratégias de Prevenção

IV. GESTÃO DO DOENTE COM DELIRIUM

1. Implementar **intervenções multicomponentes** para abordar o *Delirium* em colaboração com a equipa multidisciplinar;
2. Identificar e tratar causas subjacentes;
3. Utilizar **medidas não farmacológicas**:
 - 3.1. Declínio Cognitivo
 - Reorientar no tempo e no espaço o doente, interagir com os doentes mediante diálogos que os orientem no tempo e no espaço;
 - Promoção da visita de familiares, conversas telefónicas e/ou videoconferências;
 - Ajudas visuais que auxiliem a orientação como o relógio, calendário e complementar com elementos pessoais e familiares ao doente;
 - Estimulação cognitiva: Relembrar o motivo do internamento, falar de acontecimentos atuais, facilitar o visionamento de programas de televisão adequados e/ou musicoterapia;
 - 3.2. Défice visual e auditivo
 - Reduzir o défice sensorial, como o uso de próteses visuais e auditivas, sempre que acordado;
 - Prevenção da desidratação da córnea durante a sedação;
 - Uso de técnicas de comunicação conforme apropriado;
 - 3.3. Alteração do ciclo sono-vigília
 - Garantir um ambiente calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, abertura dos estores durante o dia e fecho à noite;
 - Promoção de sono tranquilo, reduzir luz e ruído durante a noite, evitar falar alto, reduzir o

som dos telefones, dos alarmes dos monitores e ventiladores, reduzir a luminosidade dos monitores existentes no quarto;

- Uso de protetores auriculares (deve ser considerado individualmente, pois pode exacerbar a confusão);
- Programar as atividades, minimizar as intervenções clínicas no período noturno;

3.4. Desidratação/ Desnutrição

- Promoção de uma nutrição e hidratação adequadas por via oral, quer ajustando a dieta ao gosto do doente, quer incentivando à utilização de próteses dentárias, quer ainda mantendo uma boa higiene e hidratação da mucosa oral, evitando sempre que possível a alimentação por SNG;
- Monitorizar com o apoio do nutricionista o evoluir da situação;
- Assegurar o ajuste adequado das próteses dentárias;
- Fluidoterapia endovenosa quando indicado, monitorização do balanço hídrico;

3.5. Obstipação

- Monitorizar o padrão intestinal;
- Administrar laxantes se necessário (ex. analgesia com opioides);

3.6. Imobilidade

- Mobilizar os doentes logo que possível;
- Manter integridade da pele;
- Remoção de cateteres e restrições físicas logo que possível;
- Limitar no tempo a realização de contenção física pois está associada ao desenvolvimento e à persistência do *Delirium*, existem recomendações da Direção geral de saúde para só se utilizar excecionalmente após prescrição médica;
- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras cutâneas e providenciar cuidados regulares nas áreas de pressão;

3.7. Infeção

- Seguir as recomendações e normas definidas pela GCL-PPCIRA, nos cuidados prestados;
- Identificar e tratar a infeção;
- Evitar cateterismos desnecessários;

3.8. Dor

- Avaliar a dor através do uso de instrumentos/escalas e controlar a dor;
- Registo e monitorização;

3.9. Medicação

- Revisão da terapêutica se desnecessária ou se polimedicação;

4. Utilizar medidas farmacológicas de acordo com protocolo instituído, se não for possível o controlo sintomático através de medidas não farmacológicas adotadas pela equipa de enfermagem.

5. Avaliar, monitorizar e registar a efetividade das intervenções.

APÊNDICE 7

**Checklist: ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO
*DELIRIUM***

CHECKLIST: ALGORITMO PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO DELIRIUM

Data: _____

Avaliação Inicial	
Avaliar Fatores de Risco	
Predisponentes:	
Idade > 65 anos	<input type="checkbox"/> Deterioração Funcional
Sexo Masculino	<input type="checkbox"/> Síndromes Depressivos
Imobilidade	<input type="checkbox"/> Défice Sensorial e Auditivo
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Abuso de Álcool e/ou Drogas
	<input type="checkbox"/> Demência
	<input type="checkbox"/> Polifarmácia
	<input type="checkbox"/> Desidratação
	<input type="checkbox"/> Desnutrição
Precipitantes:	
Alterações Hidroeletrólíticas e Metabólicas	<input type="checkbox"/> Infecção
Anemia, Hipóxia e estados de baixa perfusão	<input type="checkbox"/> Trauma
Distúrbios no Ciclo Vigília-Sono	<input type="checkbox"/> Obstipação
Sedação Prolongada e/ou Ininterrupta	<input type="checkbox"/> Contenção Física
Dor Não Controlada	<input type="checkbox"/> Imobilização Prolongada
Mini-Cog	<input type="checkbox"/>
RASS	<input type="checkbox"/>
CAM-ICU	<input type="checkbox"/>
Cumprir Critérios de <i>Delirium</i> segundo a DSM-V	<input type="checkbox"/>
Sedo-Analgesia	
Controlo da dor	<input type="checkbox"/>
Estratégias Farmacológicas Protetoras	<input type="checkbox"/>
Titulação da sedo-analgesia para as menores doses necessárias	<input type="checkbox"/>
Ciclo Sono-Vigília	
Ambiente calmo	<input type="checkbox"/>
Controlo da luz diurna: luz natural durante o dia	<input type="checkbox"/>
Suspensão/ Redução da sedo-analgesia durante o dia	<input type="checkbox"/>
Controlo da luz noturna: fechar os estores durante a noite	<input type="checkbox"/>
Controlo do ruído: evitar falar alto, reduzir som dos alarmes...	<input type="checkbox"/>
Minimizar intervenções clínicas durante o período noturno	<input type="checkbox"/>

Mobilização Antecipada	
Remoção de cateteres e restrições físicas	<input type="checkbox"/>
Limitar no tempo a contenção física	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia e terapia ocupacional precoce	<input type="checkbox"/>
Mobilizar/ Levante	<input type="checkbox"/>
Orientação Espaço Temporal	
Correção de défices sensoriais: óculos, aparelhos auditivos	<input type="checkbox"/>
Reorientação no tempo e no espaço: Diálogo com o doente	<input type="checkbox"/>
Ajudas visuais que auxiliem a orientação como o relógio, calendário e complementar com elementos pessoais e familiares	<input type="checkbox"/>
Promover a visita de familiares, conversas telefónicas e/ou videoconferências	<input type="checkbox"/>
Estimulação cognitiva: Relembrar o motivo do internamento, falar de acontecimentos atuais	<input type="checkbox"/>
Visionamento de programas de televisão adequados e/ ou musicoterapia	<input type="checkbox"/>
Desidratação/ Desnutrição	
Promover a nutrição e hidratação por via oral	<input type="checkbox"/>
Incentivo do uso de próteses dentárias	<input type="checkbox"/>
Higiene e hidratação da mucosa oral	<input type="checkbox"/>
Monitorizar com o apoio do nutricionista o evoluir da situação	<input type="checkbox"/>
Obstipação: Monitorizar o padrão intestinal	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE 8

ORIENTAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA CAM-ICU

ORIENTAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA CAM-ICU

- A escala CAM-ICU (Método de Avaliação da Confusão Mental na Unidade de Cuidados Intensivos) é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas e está validada para a população portuguesa;
- O CAM-ICU adota uma abordagem por etapas, a etapa 1 avalia a escala RASS (Escala de Avaliação de Agitação- Sedação de Richmond) e a etapa 2 a avaliação do *delirium*, com a verificação de quatro critérios cardinais;
- O diagnóstico de *delirium* é baseado na presença de dois critérios principais (Início agudo ou flutuante mais falta de atenção) e pelo menos um dos critérios secundários (pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado);
- A monitorização com a escala CAM-ICU deve ser aplicada uma vez por turno e sempre que haja alterações da consciência (Diretrizes da prática clínica de Dor, Agitação e *Delirium* (PAD));
- Não usar a escala CAM-ICU se demência avançada, surdez grave ou barreira linguística.

ETAPA 1 - Avaliação da escala Agitação – Sedação de Richmond

- Nesta etapa se RASS -4 ou -5, não se aplica o instrumento CAM-ICU;
- Se RASS \geq -3, aplica-se o instrumento CAM-ICU.

ETAPA 2 - Avaliação da Confusão Mental - UCI

1- Mudança Aguda em relação ao estado basal e **Flutuação do estado mental** nas últimas 24h;

Se resposta **negativa** não existe *Delirium*, se **positiva** continuamos com a avaliação.

2- Desatenção

- Pedir o consentimento e a colaboração ao doente;
- Solicitar “Aperte a minha mão quando eu disser a letra A”;

- Soletre as palavras SAVEAHAART ou CASABLANCA, uma letra por segundo;
- ERRO: Se apertar fora da letra A e não apertar na letra A;
- Teste com figuras se o doente tiver deficiência auditiva;
- Se tiver **0 a 2 Erros**, não existe *Delirium*, se tiver **mais de 2 erros** continuamos com a avaliação.

3- Classificação Atual da **escala de RASS**

- Se RASS **diferente de Zero** – Existe *Delirium*;
- Se RASS **igual a Zero** – Continuamos com a avaliação.

4- **Pensamento Desorganizado**

O doente tem discurso incoerente?

a) Pedir para acenar com a cabeça para responder às questões:

I- Uma pedra flutuará na água?

II- Existem peixes no mar?

III- Um quilo pesa mais que dois?

IV- Pode usar um martelo para martelar um prego?

b) Pedir em voz de comando que cumpra ordens:

“Levante estes dois dedos “(demonstre),” agora faça o mesmo com a outra mão” (não demonstre), se o doente não for capaz de mexer os braços peça para ele levantar mais um dedo.

Se tiver **0 a 1 erro- não existe *Delirium***

Se tiver **mais de 1 erro – existe *Delirium***

REGISTAR O RESULTADO DA AVALIAÇÃO

APÊNDICE 9

**ORIENTAÇÕES PARA O EXAME DE TRIAGEM DE ATENÇÃO
VISUAL CAM-ICU**

ORIENTAÇÕES PARA O EXAME DE TRIAGEM DE ATENÇÃO VISUAL CAM-ICU

Na escala CAM-ICU, a Desatenção é avaliada com um teste de Letras (auditivo) ou um teste de Imagens (visual). Qualquer um dos testes pode ser usado para testar a atenção.

Este é um teste de atenção, testa a capacidade do paciente de se concentrar e demonstrar memória de curto prazo.

Certifique-se de que o doente precisa de óculos, antes de iniciar o exame de atenção Visual.

Pontuação: Este teste é pontuado pelo número de respostas corretas “sim” ou “não” durante a segunda etapa (de um total de 10 possíveis).

ETAPA 1 - 5 Fotos

Dizer ao doente: “Sr. ou Sra...., vou mostrar-lhe algumas fotos. Observe com atenção e tente lembrar-se de cada imagem.

Mostrar as 5 imagens, identificando verbalmente cada imagem.

ETAPA 2 – 10 Fotos

Dizer ao doente: “Agora vou mostrar mais algumas fotos. Quero que me diga se já viu a imagem antes ou não, balançando a cabeça sim (demonstrar) ou não (demonstrar).”

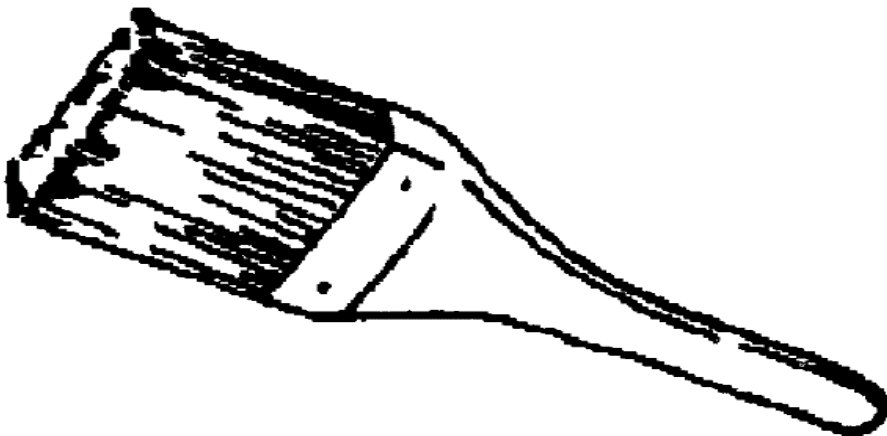
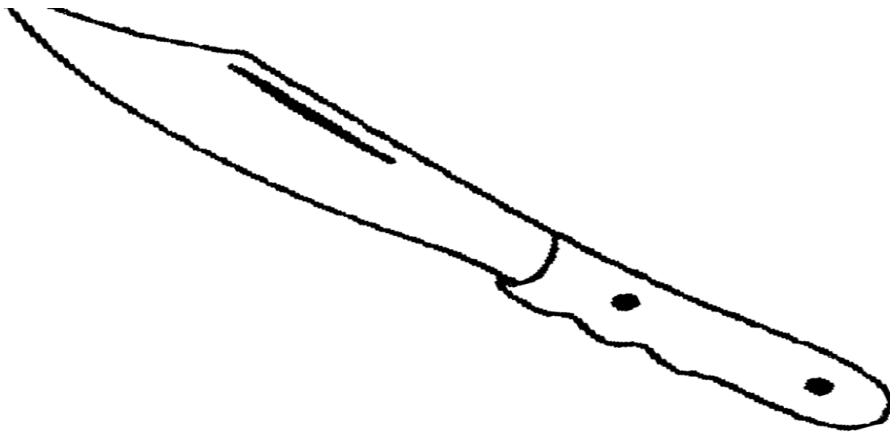
Mostrar as 10 imagens (5 novas, 5 repetidas), identificando verbalmente cada imagem.

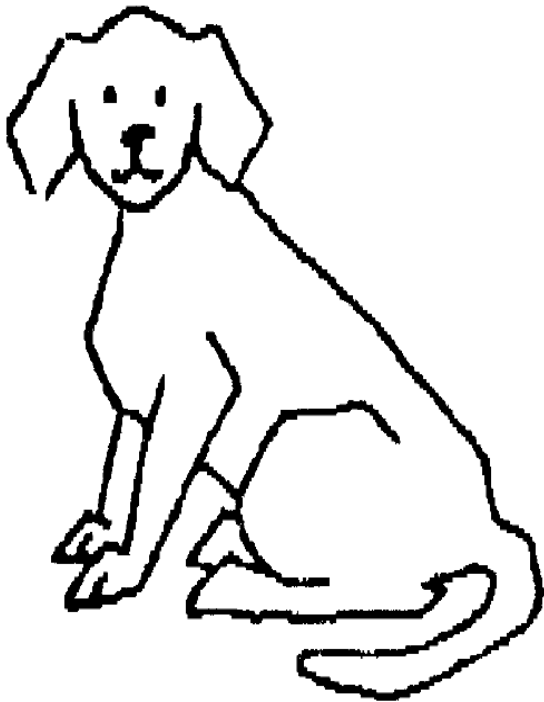
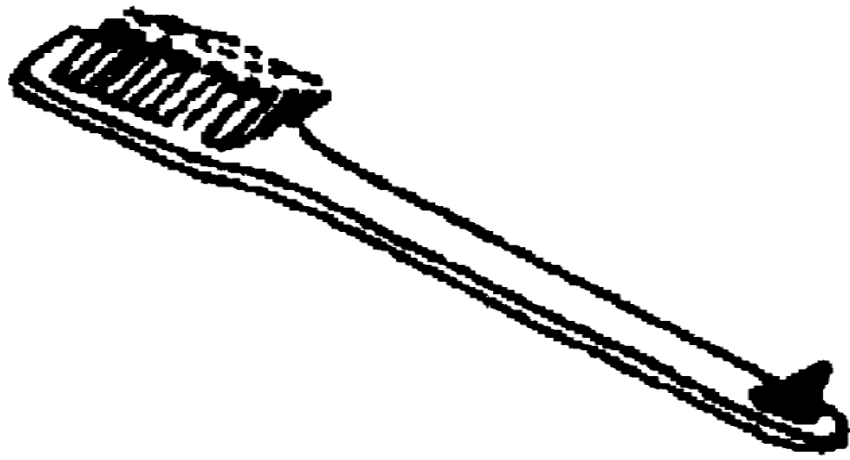
APÊNDICE 10

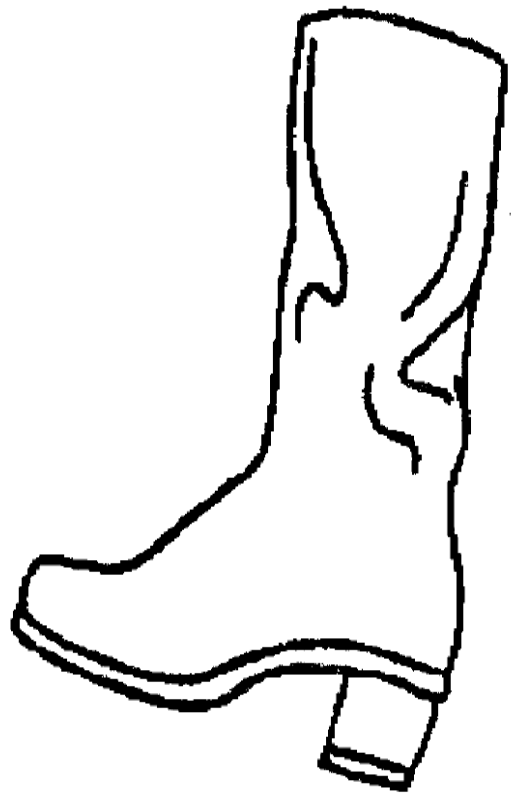
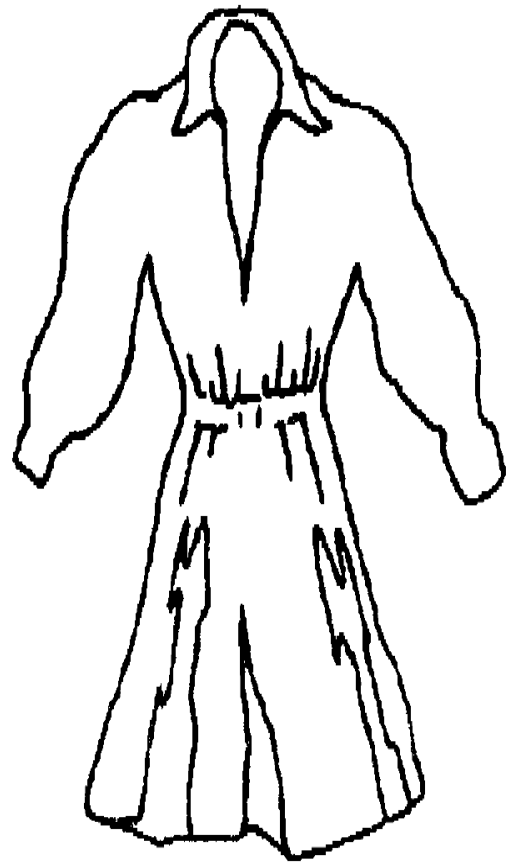
FIGURAS PARA O EXAME DE TRIAGEM DE ATENÇÃO VISUAL

CAM-ICU

FIGURAS PARA O EXAME DE TRIAGEM DE ATENÇÃO VISUAL CAM-ICU



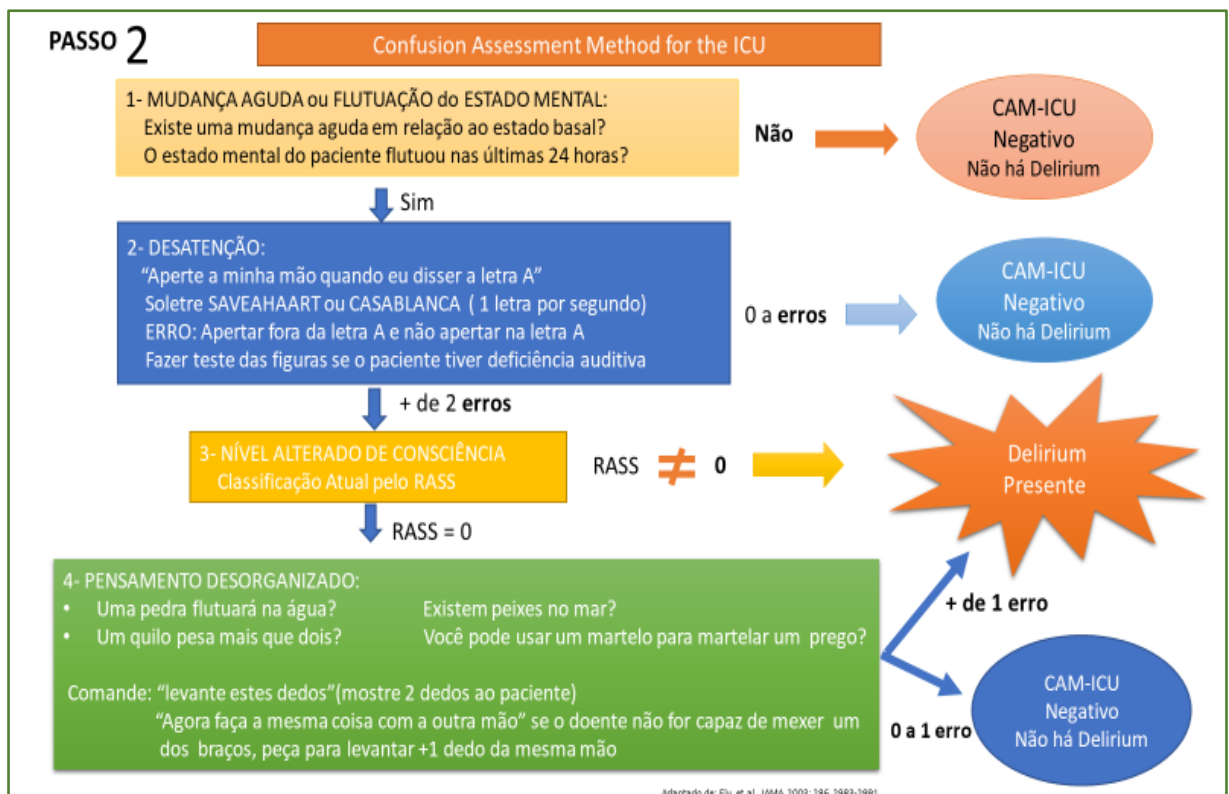




APÊNDICE 11

FLUXOGRAMA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DELIRIUM CAM-ICU

(CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT)



APÊNDICE 12

FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO DO *DELIRIUM* ATRAVÉS DO
CAM-ICU



Avaliação CAM-ICU

Data de avaliação: _____

Hora: _____

Avaliação RASS _____

1. Início Agudo ou Curso Flutuante

Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

Sim

Não

O estado Mental flutuou nas últimas 24h?

Sim

Não

Se Sim, continuamos com a avaliação

2. Falta de Atenção

Tentar fazer o teste de atenção auditivo primeiro. Fazer o teste de atenção visual apenas se o doente não for capaz de realizar o auditivo.

2.a) SAVE AHAART Letras > 2 Erros

Sim

Não

2.b) Teste de Atenção Visual > 2 Erros

Sim

Não

Se Sim, continuamos com a avaliação

3. Nível de Consciência – Avaliação RASS

+4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

4. Pensamento Desorganizado

4.a) Questões S/N > 1 Erro

Sim

Não

4.b) Ordens um ponto se não completar o teste.

Sim

Não

CAM ICU Positivo (Se critério 1 e 2 positivos e 3 ou 4 positivo):

CAM ICU Negativo

OBS. _____

ANEXO 1

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA DO *DELIRIUM*



DELIRIUM

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

Anestesiologia
Unidade de Queimados

Denise de Noronha
Dra Fátima Xambre
CHULN, Outubro 2020



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

SEDOANALGESIA

Como?	Continua ou em bólus Com redução durante o dia.
O que evitar?	Benzodiazepinas, anti-histamínicos, petidina

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

SEDOANALGESIA

Como? Continua ou em bólus
Com redução durante o dia.

O que evitar? Benzodiazepinas, anti-histamínicos

Review > Age Ageing. 2011 Jan;40(1):23-9. doi: 10.1093/ageing/afq140. Epub 2010 Nov 9.

Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review

Andrew Clegg [†], John B Young

Affiliations + expand

PMID: 21068014 DOI: 10.1093/ageing/afq140

Abstract

Conclusion: for people at risk of delirium, avoid new prescriptions of benzodiazepines or consider reducing or stopping these medications where possible. Opioids should be prescribed with caution in people at risk of delirium, but this should be tempered by the observation that untreated severe pain can itself trigger delirium. Caution is also required when prescribing dihydropyridines and antihistamine H1 antagonists for people at risk of delirium and considered individual patient assessment is advocated.

ed with adverse health
ment of delirium, but the
lications should be avoided

e studies that investigated
ity analysis was performed
dual agents.

egy. Fourteen studies met
ids (odds ratio [OR] 2.5,

95% CI 1.2-5.2), benzodiazepines (3.0, 1.3-6.8), dihydropyridines (2.4, 1.0-5.8) and possibly



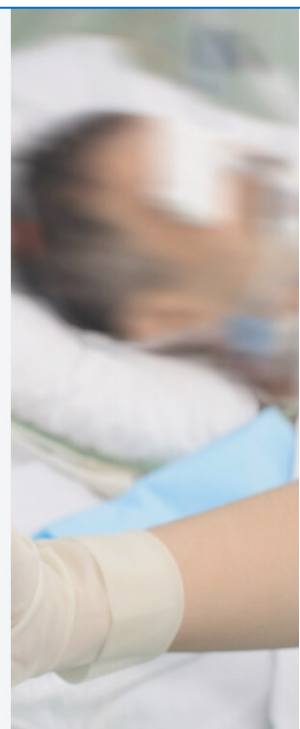
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

SEDOANALGESIA

Como? Continua ou em bólus
Com redução durante o dia.

O que evitar? Benzodiazepinas, anti-histamínicos, petidina
O que privilegiar? Dexmedetomidina e Opióides (?)



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMIENTO

Biomed Res Int. 2017; 2017: 3539872.
Published online 2017 Oct 31. doi: [10.1155/2017/3539872](https://doi.org/10.1155/2017/3539872)

PMCID: PMC5684530
PMID: 29226131

Risk Factors of Delirium in Sequential Sedation Patients in Intensive Care Units

Jie Yang, Yongfang Zhou, Yan Kang, Binbin Xu, Peng Wang, Yinxia Lv, and Zhen Wang

• Author information • Article notes • Copyright and License information [Disclaimer](#)

This article has been cited by other articles in PMC.

Abstract

Go to:

Background

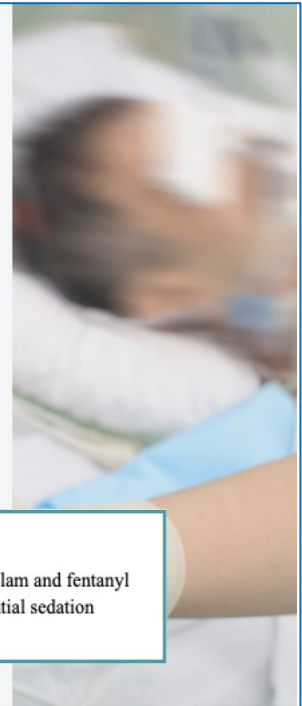
Delirium is a primary complication in intensive care units. Sequential sedation and sequential sedation with dexmedetomidine are common practices in intensive care units.

Methods

A total of 141 patients were enrolled in the study. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) scale. Univariate and multivariate Cox proportional hazards regressions were used to predict risk factors.

Conclusions

Older age, higher SOFA score, regular smoking, and higher maintenance dose of midazolam and fentanyl when patients met sequential criteria were independent risk factors of delirium in sequential sedation patients. Sequential sedation with dexmedetomidine reduced risk of delirium.



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMIENTO

Biomed Res Int. 2017; 2017: 3539872.
Published online 2017 Oct 31. doi: [10.1155/2017/3539872](https://doi.org/10.1155/2017/3539872)

Risk Factors of Delirium in Intensive Care Units

Jie Yang, Yongfang Zhou, Yan Kang, Binbin Xu, Peng Wang, Yinxia Lv, and Zhen Wang

• Author information • Article notes • Copyright and License information [Disclaimer](#)

This article has been cited by other articles in PMC.

Abstract

Background

Delirium is a primary complication in intensive care units. Sequential sedation and sequential sedation with dexmedetomidine are common practices in intensive care units.

Methods

A total of 141 patients were enrolled in the study. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) scale. Univariate and multivariate Cox proportional hazards regressions were used to predict risk factors.

Randomized Controlled Trial > JAMA. 2009 Feb 4;301(5):489-99.
doi: [10.1001/jama.2009.56](https://doi.org/10.1001/jama.2009.56). Epub 2009 Feb 2.

Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial

Richard R Riker¹, Yahya Shehabi, Paula M Bokesch, Daniel Ceraso, Wayne Wisemandle, Firas Koura, Patrick Whitten, Benjamin D Margolis, Daniel W Byrne, E Wesley Ely, Marcelo G Rocha, SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group

Collaborators, Affiliations + expand
PMID: 19188334 DOI: [10.1001/jama.2009.56](https://doi.org/10.1001/jama.2009.56)

Conclusions: There was no difference between dexmedetomidine and midazolam in time at targeted sedation level in mechanically ventilated ICU patients. At comparable sedation levels, dexmedetomidine-treated patients spent less time on the ventilator, experienced less delirium, and developed less tachycardia and hypertension. The most notable adverse effect of dexmedetomidine was bradycardia.



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

Biomed Res Int. 2017; 2017: 3530872
Published online 2017 Oct 10
INTENSIVE CARE MEDICINE
Risk Unit
Dexmedetomidine versus propofol sedation in reducing delirium among older adults in the ICU
A systematic review and meta-analysis
Pereira, Jarett V.; Sanjivwala, Rohan M.; Mohammed, Mohammed K.; Le, Me-L
Author Information
European Journal of Anaesthesiology: February 2020 - Volume 37 - Issue 2 - p
doi:10.1097/EJA.0000000000001131
BUY | SDC
Abstract
BACKGROUND
Delirium is common in the ICU, with incidence rates reported upwards of 70%. Due to the significant morbidity and mortality associated with delirium, it is hypothesised that a delirium-free sedation strategy might improve outcomes in older adults admitted to the ICU.
CONCLUSION
Compared with propofol, dexmedetomidine sedation in the ICU is associated with lower delirium incidence among older adults with no significant increase in adverse events. In older adult ICU patients at risk of developing delirium, sedation with dexmedetomidine should be considered. Further research is warranted to elucidate and explain the mechanisms underlying this process, and to confirm our findings with large, multicentre trials.
diazepam for sedation of
randomized trial
double-blind, randomized trial conducted in 68



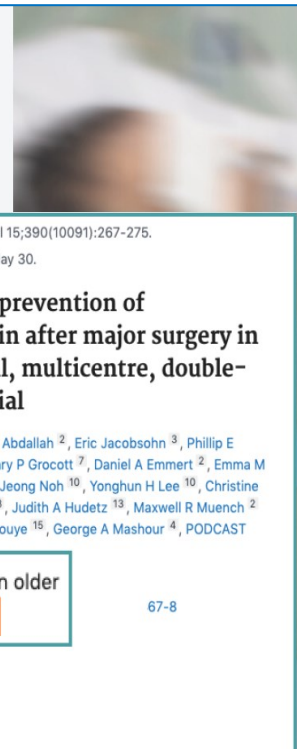
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

CONTROLO DA DOR

- Analgesia multimodal
- Analgesia loco-regional

Randomized Controlled Trial > Lancet. 2017 Jul 15;390(10091):267-275.
doi: 10.1016/S0140-6736(17)31467-8. Epub 2017 May 30.
Intraoperative ketamine for prevention of postoperative delirium or pain after major surgery in older adults: an international, multicentre, double-blind, randomised clinical trial
Michael S Avidan¹, Hannah R Maybrier², Arbi Ben Abdallah², Eric Jacobsohn³, Phillip E Viisides⁴, Kane O Pryor⁵, Robert A Veselis⁶, Hilary P Grocott⁷, Daniel A Emmert², Emma M Rogers⁵, Robert J Downey⁸, Heidi Yulico⁹, Gyu-Jeong Noh¹⁰, Yonghun H Lee¹⁰, Christine M Waszynski¹¹, Virendra K Arya¹², Paul S Pagel¹³, Judith A Hudetz¹³, Maxwell R Muench², Bradley A Fritz², Witold Waberski¹⁴, Sharon K Inouye¹⁵, George A Mashour⁴, PODCAST Research Group
Interpretation: A single subanaesthetic dose of ketamine did not decrease delirium in older adults after major surgery, and might cause harm by inducing negative experiences.
Erratum in
Department of Error.
[No authors listed]



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

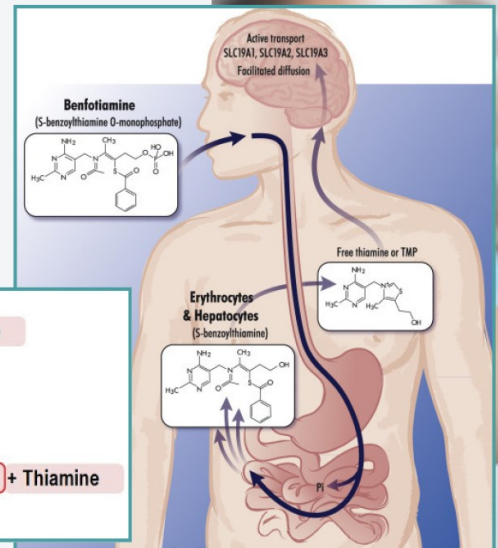
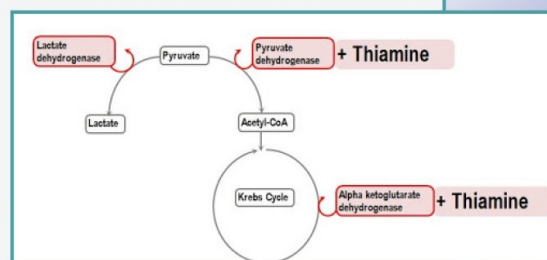
PROTETORA | TRATAMENTO

TIAMINA

Quando? Alcoolismo
Encefalopatia de Wernicke

Piruvato desidrogenase

- Produção de neurotransmissor acetilcolina e GABA
- Síntese proteica e mielina
- Ciclo de krebs



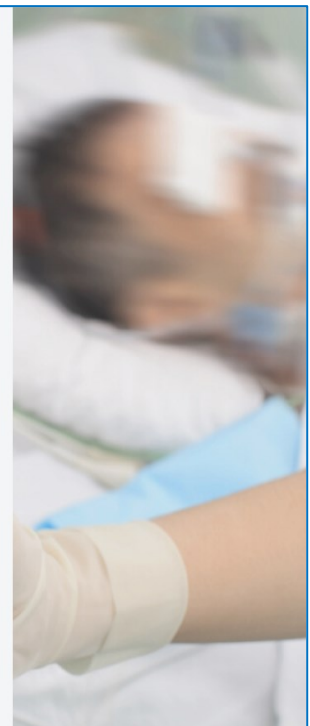
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

Quando? Agitação grave = risco

Aprovação? US Food and Drug Administration (FDA):

No medication is currently approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for the management of delirium, so the use of these agents for such an indication is off-label.



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

Antipsicóticos	
1ª Geração	Atípicos
Haloperidol	Quetiapina e Olanzapina



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROTETORA | TRATAMENTO

Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Valerie J Page, E Wesley Ely, Simon Gates, Xiao Bei Zhao, Timothy Alce, Ayumi Shintani, Jim Jackson, Gavin D Perkins, Daniel F McAuley

Summary

Background Delirium is frequently diagnosed in critically ill patients and is associated with poor clinical outcomes. Haloperidol is the most commonly used drug for delirium despite little evidence of its effectiveness. The aim of this study was to establish whether early treatment with haloperidol would decrease the time that survivors of critical illness spent in delirium or coma.

Methods We did this double-blind, placebo-controlled, randomised trial in a general adult intensive care unit (ICU).

Critically ill patients randomised (by an internet-based randomisation service) to receive intravenous haloperidol or placebo were free for 2 consecutive days using the confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU). The primary outcome was the number of coma-free days, defined as the number of days in the first 14 days after randomisation during which the patient was alive without delirium and not in coma from any cause. Patients who died within the 14 day study period were recorded as being alive for 0 days. All patients were followed up in the ICU. Clinical judgement of the patients was used to determine treatment.

Interpretation These results do not support the hypothesis that haloperidol modifies duration of delirium in critically ill patients. Although haloperidol can be used safely in this population of patients, pending the results of trials in progress, the use of intravenous haloperidol should be reserved for short-term management of acute agitation.



Lancet Respir Med 2013; 1: 515-23

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at the lancet.

Valerie Page
Intensive Care Unit, Watford
General Hospital, West



QUADRO 1

Validação dos Indicadores de Avaliação elaborados de acordo com os objetivos formulados

Quadro I – Validação dos Indicadores de Avaliação

Objetivos Específicos	Indicadores de Avaliação	Indicadores Atingidos		
		SIM	NÃO	
Capacitar a equipa para a identificação do <i>Delirium</i> no doente crítico na unidade de queimados;	Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a identificação do <i>Delirium</i>	X		Página 23
	Apresentação do plano da sessão de formação	X		Apêndice 3
	Realização da sessão de formação	X		Apêndice 4
	Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio	X		Página 20
	Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem	X		Fica para Consulta na UQ
Implementar intervenções de enfermagem preventivas do <i>Delirium</i> no doente crítico na unidade de queimados;	Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a prevenção e o cuidado no doente com <i>Delirium</i>	X		Página 23
	Realização da sessão de formação	X		Apêndice 4
	Apresentação da avaliação da formação no relatório de estágio	X		Página 20
	Apresentação da proposta de um algoritmo de atuação	X		Apêndice 5
	Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem	X		Fica para Consulta na UQ
Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do <i>Delirium</i> CAM-ICU;	Apresentação da fundamentação teórica conceitual no relatório de trabalho de projeto sobre a aplicação do CAM-ICU	X		Página 23
	Realização da sessão de formação	X		Apêndice 4
	Apresentação de um documento orientador da aplicação do instrumento de avaliação CAM-ICU	X		Apêndice 8 e 9
	Apresentação de um Fluxograma da aplicação do CAM-ICU	X		Apêndice 10
	Apresentação de um documento de apoio ao registo da avaliação do <i>Delirium</i>	X		Apêndice 11
	Apresentação de documentos de apoio, para consulta pela equipa de enfermagem.	X		Fica para Consulta na UQ

APÊNDICE II

Quadro de Resultados para a questão de revisão:

**Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à
pessoa em situação crítica com *Delirium*?**

Quadro de Resultados Obtidos
Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium*

Autor (es) Ano / País	Título	Objetivo(s)	Resultados
Bento, M.S.P.M. Marques, R.M.D. Sousa, P.P. 2018 Portugal	<i>Delirium:</i> Intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado -uma revisão bibliográfica	Identificar as intervenções de enfermagem, dirigidas ao adulto/idoso hospitalizado, para o controlo do <i>Delirium</i> .	As intervenções de enfermagem são de carácter preventivo e tendencialmente não farmacológicas: -Identificação de fatores de risco; -Formação da equipa multidisciplinar; -Vigilância neurológica; -Vigilância e manutenção do equilíbrio sensorial (estímulo cognitivo, da comunicação e orientação da pessoa); -Gestão do ambiente; -Monitorização do sono; -Controlo da dor; -Otimização da terapêutica; -Estimulação da mobilidade precoce; -Nutrição/hidratação adequadas; -Interação com os familiares.
Carrasco, M. Zalaquett, M. 2017 Chile	<i>Delirium:</i> una epidemia desde el servicio de urgência a la unidad de paciente crítico	Não explícito	- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do <i>Delirium</i> , desde a admissão. - Atuar sobre os fatores de risco (défice cognitivo ou desorientação, privação do sono, imobilização, deficiência visual e auditiva, hipoxia, infeção, dor, desidratação e obstipação, uso de drogas psicoativas, polifarmácia, desnutrição); - Monitorização diária do <i>Delirium</i> com instrumentos de triagem; - Medidas não farmacológicas (diminuir a luz e o ruído, reduzir estímulos, evitar a movimentação, presença da família, utilizar um tom calmo e sereno).

<p>Mesa, P. Previgliano I.J. Altez, S. Favretto, S. Orellano, M. Lecor, C. Soca, A. Ely, E.W</p> <p>2017 Uruguai</p>	<p><i>Delirium</i> in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients</p>	<p>Estabelecer a prevalência do <i>Delirium</i> em uma unidade de cuidados intensivos e identificar os fatores associados, à sua expressão clínica e a sua influência no desfecho</p>	<p>- Educação e treino da equipa, na utilização do CAM-ICU: 1º: Avaliar a condição de consciência com a Escala de Avaliação de Agitação-Sedação de Richmond (RASS); 2º: Aplicar o CAM-ICU A avaliação é feita no turno da manhã e, em caso de agitação durante outros turnos. Os fatores de risco para desenvolvimento do <i>delirium</i> foram: idade acima de 65 anos, histórico de consumo de álcool, período pós-operatório e dias de ventilação mecânica.</p>
<p>Miranda, F. Arevalo-Rodriguez, I. Diaz, G. Gonzalez, F. Plana; M.N. Zamora, J. Quinn, T.J. Seron, P.</p> <p>2018 Reino Unido</p>	<p>Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings</p>	<p>Determinar a precisão do CAM-ICU para o diagnóstico de <i>Delirium</i> em pacientes adultos em ambiente de cuidados intensivos</p>	<p>O CAM-ICU é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas e amplamente utilizada em pesquisas e configurações clínicas. De fácil aplicação, não requer comunicação verbal da pessoa em situação crítica, o que permite ser utilizado em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva e intubação endotraqueal. O diagnóstico de <i>Delirium</i> é baseado na presença de dois critérios principais (início agudo ou flutuação do estado mental nas últimas 24h, mais falta de atenção) e pelo menos um dos critérios secundários (pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado).</p>
<p>Pereira, J.M. Barradas, F.J.R. Sequeira, R.M.C. Marques, M.C.M.P. Batista, M.J. Galhardas, M. Santos, M.S.</p> <p>2016 Portugal</p>	<p><i>Delirium</i> no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros</p>	<p>Identificar os fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros, associados ao desenvolvimento de <i>Delirium</i> nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos nível II</p>	<p>Fatores de risco modificáveis: - Promoção da nutrição e hidratação; - Prevenção e controlo de infeções; - Promoção da visita de familiares; - Favorecimento utilização de próteses; - Gestão adequada da medicação prescrita; - Favorecimento de posicionamentos;</p>

		de um hospital central	<ul style="list-style-type: none"> - Oxigenoterapia adequada. Medidas não farmacológicas: - Diminuir a luminosidade; - Diminuir os estímulos sonoros no horário noturno; - Promover a alternância correta entre os ciclos de sono e vigília; - Usar um tom de voz calmo.
<p>Prayce, R. Quaresma, F. Neto, I.G.</p> <p>2018 Portugal</p>	<p><i>Delirium</i>: o 7º parâmetro vital?</p>	<p>Sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do <i>Delirium</i>, principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento, bem como o seu impacto socioeconómico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A educação e a formação de equipas; - Protocolos que visem a prevenção; - Identificação precoce do <i>Delirium</i>; <p>O melhor tratamento é a prevenção, baseia-se em intervenções multidisciplinares, sob os principais fatores de risco, quando o <i>Delirium</i> já está estabelecido adotam-se as medidas não farmacológicas que incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais. É fulcral o apoio aos familiares/cuidadores. As medidas farmacológicas são de segunda linha.</p>
<p>Xiao, L. I. Zhang, L. Fang, G. O. N. G. Yuhang, A. I.</p> <p>2020 China</p>	<p>Incidence and Risk Factors for <i>Delirium</i> in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study</p>	<p>Explorar a taxa de incidência de <i>Delirium</i> e determinar os fatores de risco entre os pacientes idosos em estado crítico</p>	<p>A taxa de incidência do <i>Delirium</i> na UCI foi alto (66%), sendo o subtipo hipoativo o mais frequente (50%). A pessoa com <i>Delirium</i> tem maior probabilidade de sofrer extubação não planeada, maior tempo de ventilação mecânica e maior tempo de internamento.</p> <p>As pessoas com <i>Delirium</i> tiveram pontuação APACHE II mais alta.</p> <p>Fatores como a má qualidade do sono, a contenção física, o uso de fentanil e antibióticos glicopeptídicos, a infeção na admissão à UCI e o choque séptico foram significativamente associados ao <i>Delirium</i>.</p>

APÊNDICE III

**Artigo: Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à
Pessoa em Situação Crítica com Delirium na Unidade X: Um Projeto de
Intervenção**

Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com *Delirium* na Unidade [REDACTED]: Um Projeto de Intervenção

Nursing Interventions in the Prevention and Care of People in Critical Situation with Delirium in [REDACTED]: An Intervention Project

Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves¹

Maria de Lurdes dos Santos Martins²

E-mail: fatimaviana29@hotmail.com

Telemóvel: (+351). xxx xxx xxx

RESUMO

O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal, é maioritariamente precipitado por eventos agudos e tem elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica internada nos cuidados intensivos.

Carateriza-se por uma alteração aguda da consciência e da cognição, a sua etiologia é multifatorial. Está associado a um aumento da morbilidade, da mortalidade, do custo e do tempo de internamento, tem ainda um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa, provocando uma diminuição da qualidade de vida.

No percurso de desenvolvimento profissional e pessoal em ambiente clínico que decorreu na Unidade X, e com o objetivo de adquirir competências de investigação e de promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem, desenvolveu-se um projeto de intervenção no campo da prevenção e do cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, utilizando a **metodologia de trabalho de projeto**.

Na elaboração do diagnóstico da situação, identificou-se o problema que constituiu o início da elaboração do projeto, bem como as necessidades. De acordo com as necessidades identificadas, definiu-se como **objetivo geral**: Promover a qualidade dos cuidados prestados, através de intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, na Unidade X e três **objetivos específicos**: Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica; Implementar

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

² Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* à pessoa em situação crítica na Unidade X; Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU.

De acordo com os objetivos definidos planearam-se as estratégias a desenvolver, após o planeamento seguiu-se as restantes etapas, execução, avaliação e divulgação dos resultados deste projeto.

Os resultados obtidos vão de encontro aos objetivos e aos indicadores de avaliação formulados. A sua divulgação dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de uma necessidade sentida pela equipa. Fornece informação científica a nós enfermeiros, sendo uma metodologia de resolução de problemas de fácil implementação e de desejável aplicação nos contextos da prática clínica, podendo servir de exemplo para outros serviços.

Conclusão: O desenvolvimento deste projeto de intervenção foi um processo enriquecedor, que trouxe contributos para o futuro, pois criou uma dinâmica que respondeu a um problema concreto de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-Chave: Metodologia de Trabalho de Projeto, *Delirium*, Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

Delirium is a behavioural neuro syndrome caused by the transitional interruption of neuroactivity, it is majorly triggered by acute events and has high prevalence and incidence in clinically vulnerable patients at critical care.

Delirium is a medical condition known as an acute change of the sense of consciousness and cognition and its aetiology indicates it is a multifactorial syndrome. It is linked to an increase of the morbidity and mortality rates and thus to the inherent costs and time of hospitalization. Additionally, this syndrome also has a negative impact on the patient's physical and cognitive recovery, consequently leading to a reduced quality of life.

During the journey of professional and personal development in a clinical environment, which took place at Unity X, and with the goal of acquiring investigative skills and promoting the quality of care through a nursing approach, an interventional project on the field of prevention and critical care for *Delirium* was developed using a **project work methodology**.

Throughout the formulation of the diagnosis, it was possible to identify the issue that stood in the beginning of this project design, as well as its requirements. Accordingly to the identified requirements, a general goal was defined: Promoting the quality of care via nursing intervention on the prevention and providing holistic treatment of critically ill patients diagnosed with Delirium at Unity X and three specific goals: Facilitate a nursing team for the identification of Delirium on a critically ill patient; Employment of Delirium preventive nursing interventions to critically ill patients at Unity X; Instruction of a nursing team for the use of a suitable instrument used to test for DeliriumCAM-ICU.

According to these defined goals, strategies were formulated and after planning the next stages followed, the execution, evaluation and disclosure of this project's results.

The obtained data met the goals and the assessment markers previously established. This revelation highlights the significance of this project, the stages that lead to the resolution of a need felt by the team and provides the scientific information to us nurses, being a methodology of solving problems of easy implementation and of desirable application in the practical clinical context can serve as role model to other nursing departments.

Conclusion: The development of this interventional project was an enriching process, which brought contributions to the future, because it created a dynamic with a response to a precise problem and responded with an improvement of care quality and safety.

Key words: Project work methodology, *Delirium*, Nursing, Critically ill patient

INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção é elaborado tendo como premissa que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve prevenir complicações para a saúde da pessoa, identificando, o mais rápido possível, os problemas potenciais. Deve ainda prescrever, implementar e avaliar as intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis, utilizando rigor técnico e científico na implementação dessas mesmas intervenções ⁽¹⁾.

O *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental, causado pela interrupção transitória da atividade neuronal ⁽²⁾, é maioritariamente precipitado por eventos agudos e tem elevada prevalência e incidência na pessoa em situação crítica internada nos cuidados intensivos, pelo número considerável de comorbidades predisponentes ^(2,3,6).

Carateriza-se por uma alteração aguda da consciência, cognição e da percepção ⁽⁴⁾, com atividade psicomotora aumentada ou diminuída e alteração do ciclo sono-vigília ⁽⁵⁾. As alterações descritas desenvolvem-se num curto período, geralmente horas a dias e tendem a flutuar ao longo do dia, com agravamento no final do dia e durante a noite ⁽⁴⁾.

A sua etiologia é multifatorial, depende da interação entre as caraterísticas da pessoa, da sua situação clínica e das caraterísticas do meio ⁽⁵⁾. Está associado a um aumento da morbidade, da mortalidade, do custo e do tempo de internamento, tem ainda um impacto negativo na recuperação funcional e cognitiva da pessoa, causando uma diminuição da qualidade de vida ⁽²⁾.

A identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento do *Delirium* deve ser feita desde a admissão hospitalar, pois direciona as estratégias de prevenção e diagnóstico ⁽⁷⁾. Ao intervirmos precocemente nos fatores de risco modificáveis, diminuimos a suscetibilidade da pessoa em situação crítica desenvolver *Delirium* ^(8,9).

Com o objetivo de detetar o *Delirium*, estão disponíveis diversos instrumentos, por exemplo o *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU) e a Lista de Verificação de Triagem de *Delirium* em Terapia Intensiva (ICDSC), os quais foram desenvolvidos e validados em ambiente de cuidados intensivos ⁽³⁾. O CAM-ICU foi selecionado por ser uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas, sendo amplamente utilizado em diversos estudos ^(10,11,12,13). Outras ferramentas tiveram desvantagens significativas, como por exemplo: o tempo de avaliação mais longo, a falta de validação em estudos publicados e a sensibilidade e/ou especificidade baixa ⁽³⁾.

O melhor tratamento é a prevenção. As medidas não farmacológicas e *multicomponentes* são a intervenção de primeira linha, incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais, sendo o foco o cuidado centrado na pessoa e na sua segurança. ^(2,5,14)

As medidas farmacológicas devem ser aplicadas de forma a minimizar o risco ou a obter o controlo sintomático, para que se possa aplicar as medidas não farmacológicas ⁽⁵⁾. A evidência científica para o tratamento farmacológico não é suficiente para apoiar uma recomendação ⁽³⁾.

É ao nível das unidades de cuidados intensivos que a prevalência e incidência do *Delirium* é superior. Contudo, apesar das altas taxas relatadas, o *Delirium* não tem por parte da maioria dos profissionais de saúde o reconhecimento da sua importância, com todas as complicações que daí advém ^(15,16).

O Enfermeiro é o profissional de saúde que cuida continuamente, assegurando a vigilância e monitorização constante em cuidados intensivos, o que o coloca numa posição privilegiada para identificar precocemente o *Delirium*, pelo que é de extrema importância a sua sensibilização e capacitação, perante esta deterioração aguda no funcionamento mental.

No desenvolvimento desta intervenção no campo do *Delirium*, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, pois esta não é só a investigação de determinado problema, mas uma intervenção baseada em alicerces fundamentais para a resolução eficaz do mesmo ⁽¹⁷⁾. É um processo dinâmico, que se vai adaptando e reorientando ao longo da intervenção e no qual o enfermeiro especialista tem um papel fundamental.

Um projeto de intervenção nesta área tem o potencial de proporcionar benefícios no futuro, permitindo criar uma dinâmica que se integra no ciclo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi a **metodologia de trabalho de projeto**, centra-se na investigação, análise e resolução de problemas ou necessidades, envolve trabalho de grupo e pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se foca o projeto.

Segundo Ferrito, Nunes e Ruivo (2010) é constituída pelas seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação, definição de objetivos, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

A fase de **diagnóstico da situação** pressupõe a identificação do problema. Esta fase foi facilitada pois em momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora identificou-se uma necessidade sentida de desenvolver uma intervenção de enfermagem no campo da prevenção e do cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*, não só pela incidência considerável desta patologia nesta unidade, dado o tempo elevado de internamento e a idade média dos doentes, como pela constatação de que esta problemática está ainda numa fase muito embrionária na instituição e para a qual ainda não se utiliza instrumentos de avaliação.

A definição desta necessidade, foi validada em reunião com a orientadora pedagógica e com a orientadora clínica, sobre a pertinência do problema que é concreto e real. Ficaram então reunidas as condições para o estudo, dado a equipa de enfermagem ser uma equipa motivada, que aposta muito na formação e na melhoria contínua dos cuidados prestados.

A definição do problema constituiu o início da elaboração do projeto, bem como a identificação dos problemas parcelares que o compõem, como a necessidade de capacitação por parte da equipa de enfermagem para a identificação dos fatores de risco do *Delirium*, a aplicação de um instrumento de avaliação no diagnóstico do *Delirium*, a clarificação das medidas não farmacológicas e farmacológicas e a necessidade de uniformização de procedimentos de atuação à pessoa com *Delirium*.

De acordo com as necessidades identificadas, definiu-se como **objetivo geral**: Promover a qualidade dos cuidados prestados através de intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium* na Unidade X.

De forma a atingir o objetivo que foi traçado, delineou-se três **objetivos específicos**: Capacitar a equipa de enfermagem para a identificação do *Delirium* na pessoa em situação crítica; Implementar intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* à pessoa em situação crítica na Unidade X; Instruir a equipa de enfermagem para a utilização de um instrumento adequado na avaliação do *Delirium* CAM-ICU.

O **planeamento** do projeto surge na sequência dos objetivos formulados. Nesta fase desenvolveu-se um plano de gestão de projeto, com levantamento de recursos e das limitações do trabalho, definiram-se as atividades a desenvolver e os métodos de pesquisa, bem como o cronograma de atividades.

Com vista a que os objetivos específicos fossem atingidos, definiram-se as **atividades/estratégias** a desenvolver e formularam-se os indicadores de avaliação:

- Revisão da literatura sobre o *Delirium*, de forma a atuar como dinamizadora da transmissão do conhecimento;
- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem, aproveitando as passagens de turno, e sensibilização dos chefes de equipa para reforçarem junto da equipa a informação;
- Elaboração do plano da sessão de formação: Prevenção e Cuidado ao doente com *Delirium* na Unidade X;
- Reunião com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, para calendarização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação, no quadro da formação e no e-mail da equipa;

- Elaboração de diapositivos para a sessão de formação;
- Elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação;
- Reunião informal com a equipa de anestesia, onde foi solicitada a colaboração na elaboração de um protocolo de medidas farmacológicas, a ser apresentado à equipa no dia da sessão formativa;
- Realização da sessão de formação à equipa e replicação da mesma em sessões informais durante as passagens de turno, de forma a abranger a totalidade da equipa de enfermagem;
- Criação de um algoritmo de atuação, na prevenção e na gestão do Delirium;
- Elaboração de uma *checklist* do algoritmo de atuação;
- Apresentação do algoritmo na sessão formativa;
- Elaboração de um documento orientador da aplicação do CAM-ICU;
- Elaboração de orientações e de cartões com figuras para o Exame de Triagem de Atenção Visual CAM-ICU;
- Elaboração de um fluxograma representativo da avaliação do *Delirium* através de um instrumento de avaliação adequado CAM-ICU;
- Construção da proposta de um documento de apoio ao registo da avaliação do *Delirium* através do CAM-ICU;
- Planeamento de sessões de visionamento de filmes educativos sobre a aplicação do instrumento de avaliação;
- Afixar junto dos locais de registo o fluxograma do CAM-ICU;
- Construção de um dossier com a documentação elaborada no decorrer do projeto com a evidência científica mais recente.

O levantamento dos **recursos** humanos, materiais e financeiros, necessários à realização efetiva das atividades do projeto, faz parte da fase de planeamento. Como tal identificaram-se os profissionais que contribuíram para a viabilidade do projeto, os recursos materiais necessários para a sua execução e os custos financeiros necessários para a sua implementação.

É na fase de **execução** da metodologia de projeto que se põe em prática tudo o que foi planeado.

A execução deste projeto centra-se: na sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da prevenção, na identificação e avaliação do *Delirium*, na elaboração de um algoritmo de atuação (de forma a promover a uniformização de procedimentos) e na elaboração de um fluxograma para ajudar na aplicação do CAM-ICU, dado que o uso de escalas de avaliação é fundamental para a prevenção e início oportuno do tratamento ⁽²⁾.

Para que a execução deste projeto seja uma realidade foi necessária uma revisão da literatura sobre a temática. Este estudo teve como base a seguinte questão formulada através da estratégia PI(C)O: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*?”.

- População: pessoa em situação crítica com *Delirium* ou com fatores de risco para o seu desenvolvimento;
- Intervenção: abordagem não farmacológica e intervenções *multicomponentes* na gestão do *Delirium*;
- Resultados esperados: melhoria na qualidade dos cuidados prestados, prevenir o aparecimento de *Delirium* e diminuir a duração e gravidade dos episódios;
- Contexto: Unidade Cuidados Intensivos.

A pesquisa foi feita em bases de dados de investigação e produção científica (*CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE, MEDICLATINA* e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)), utilizando os termos: *Delirium, risk factors, nursing interventions, critically ill patient*, com o operador booleano “and”. Como critérios de inclusão: produção científica com menos de 5 anos, em inglês, espanhol e português, referentes à população adulta. Como critérios de exclusão: crianças e jovens com menos de 18 anos.

RESULTADOS

Apresenta-se no quadro seguinte os resultados obtidos em cada estudo, para a questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado à pessoa em situação crítica com *Delirium*?

<p align="center">Quadro de Resultados Obtidos Intervenções de Enfermagem na Prevenção e no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com <i>Delirium</i></p>			
Autor (es) Ano / País	Título	Objetivo(s)	Resultados
Bento, M.S.P.M. Marques, R.M.D. Sousa, P.P. 2018 Portugal	<i>Delirium:</i> Intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado -uma revisão bibliográfica	Identificar as intervenções de enfermagem, dirigidas ao adulto/idoso hospitalizado, para o controlo do <i>Delirium</i> .	As intervenções de enfermagem são de carácter preventivo e tendencialmente não farmacológicas: -Identificação de fatores de risco; -Formação da equipa multidisciplinar; -Vigilância neurológica; -Vigilância e manutenção do equilíbrio sensorial (estímulo cognitivo, da comunicação e orientação da pessoa); -Gestão do ambiente; -Monitorização do sono; -Controlo da dor; -Otimização da terapêutica; -Estimulação da mobilidade precoce; -Nutrição/hidratação adequadas; -Interação com os familiares.
Carrasco, M. Zalaquett, M. 2017 Chile	<i>Delirium:</i> una epidemia desde el servicio de urgência a la unidad de paciente crítico	Não explícito	- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do <i>Delirium</i> , desde a admissão. - Atuar sobre os fatores de risco (défice cognitivo ou desorientação, privação do sono, imobilização, deficiência visual e auditiva, hipoxia, infeção, dor, desidratação e obstipação, uso de drogas psicoativas, polifarmácia, desnutrição); - Monitorização diária do <i>Delirium</i> com instrumentos de triagem; - Medidas não farmacológicas (diminuir a luz e o ruído, reduzir estímulos, evitar a movimentação, presença da família, utilizar um tom calmo e sereno).

<p>Mesa, P. Previgliano I.J. Altez, S. Favretto, S. Orellano, M. Lecor, C. Soca, A. Ely, E.W</p> <p>2017 Uruguai</p>	<p><i>Delirium</i> in a Latin American intensive care unit.</p> <p>A prospective cohort study of mechanically ventilated patients</p>	<p>Estabelecer a prevalência do <i>Delirium</i> em uma unidade de cuidados intensivos e identificar os fatores associados, à sua expressão clínica e a sua influência no desfecho</p>	<p>- Educação e treino da equipa, na utilização do CAM-ICU: 1º: Avaliar a condição de consciência com a Escala de Avaliação de Agitação-Sedação de Richmond (RASS); 2º: Aplicar o CAM-ICU A avaliação é feita no turno da manhã e, em caso de agitação durante outros turnos. Os fatores de risco para desenvolvimento do <i>delirium</i> foram: idade acima de 65 anos, histórico de consumo de álcool, período pós-operatório e dias de ventilação mecânica.</p>
<p>Miranda, F. Arevalo-Rodriguez, I. Diaz, G. Gonzalez, F. Plana; M.N. Zamora, J. Quinn, T.J. Seron, P.</p> <p>2018 Reino Unido</p>	<p>Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings</p>	<p>Determinar a precisão do CAM-ICU para o diagnóstico de <i>Delirium</i> em pacientes adultos em ambiente de cuidados intensivos</p>	<p>O CAM-ICU é uma ferramenta recomendada pelas diretrizes clínicas e amplamente utilizada em pesquisas e configurações clínicas. De fácil aplicação, não requer comunicação verbal da pessoa em situação crítica, o que permite ser utilizado em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva e intubação endotraqueal. O diagnóstico de <i>Delirium</i> é baseado na presença de dois critérios principais (início agudo ou flutuação do estado mental nas últimas 24h, mais falta de atenção) e pelo menos um dos critérios secundários (pensamento desorganizado ou nível de consciência alterado).</p>
<p>Pereira, J.M. Barradas, F.J.R. Sequeira, R.M.C. Marques, M.C.M.P. Batista, M.J. Galhardas, M. Santos, M.S.</p> <p>2016 Portugal</p>	<p><i>Delirium</i> no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros</p>	<p>Identificar os fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros, associados ao desenvolvimento de <i>Delirium</i> nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos nível II</p>	<p>Fatores de risco modificáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da nutrição e hidratação; - Prevenção e controlo de infeções; - Promoção da visita de familiares; - Favorecimento utilização de próteses; - Gestão adequada da medicação prescrita; - Favorecimento de posicionamentos;

		<i>De um hospital central</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Oxigenoterapia adequada; Medidas não farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a luminosidade; - Diminuir os estímulos sonoros no horário noturno; - Promover a alternância correta entre os ciclos de sono e vigília; - Usar um tom de voz calmo.
<p>Prayce, R. Quaresma, F. Neto, I.G.</p> <p>2018 Portugal</p>	<i>Delirium</i> : o 7º parâmetro vital?	Sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do <i>Delirium</i> , principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento, bem como o seu impacto socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> - A educação e a formação de equipas; - Protocolos que visem a prevenção; - Identificação precoce do <i>Delirium</i>; <p>O melhor tratamento é a prevenção, baseia-se em intervenções multidisciplinares, sob os principais fatores de risco, quando o <i>Delirium</i> já está estabelecido adotam-se as medidas não farmacológicas que incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais. É fulcral o apoio aos familiares/cuidadores. As medidas farmacológicas são de segunda linha.</p>
<p>Xiao, L. I. Zhang, L. Fang, G. O. N. G. Yuhang, A. I.</p> <p>2020 China</p>	Incidence and Risk Factors for <i>Delirium</i> in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study	Explorar a taxa de incidência de <i>Delirium</i> e determinar os fatores de risco entre os pacientes idosos em estado crítico	<p>A taxa de incidência do <i>Delirium</i> na UCI foi alto (66%), sendo o subtipo hipoativo o mais frequente (50%). A pessoa com <i>Delirium</i> tem maior probabilidade de sofrer extubação não planeada, maior tempo de ventilação mecânica e maior tempo de internamento.</p> <p>As pessoas com <i>Delirium</i> tiveram pontuação APACHE II mais alta.</p> <p>Fatores como a má qualidade do sono, a contenção física, o uso de fentanil e antibióticos glicopeptídicos, a infeção na admissão à UCI e o choque séptico foram significativamente associados ao <i>Delirium</i>.</p>

A vasta documentação existente sobre a temática foi um fator facilitador na construção deste projeto. Com base nos resultados extraídos desta pesquisa e em bases de dados eletrônicas de organizações internacionais que fornecem recomendações com base em evidências atuais para as melhores práticas na detecção, avaliação, tratamento e acompanhamento de adultos com *Delirium*, tais como: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) e a National Institute for Health and Care Excellence (NICE), deu-se processão às atividades definidas no projeto.

A **avaliação** do projeto é realizada em simultâneo com a sua execução e de forma contínua. Os momentos de avaliação são ideais para questionarmos o trabalho desenvolvido e redefinirmos estratégias. O processo de avaliação teve lugar em todos os momentos de partilha, reflexão e orientação, quer com a orientadora pedagógica quer com a orientadora clínica.

Utilizámos quatro tipos de avaliação ⁽¹⁸⁾: a avaliação **operatória**, orientada para a ação e tomada de decisão, é nesta avaliação que se utilizaram os indicadores de avaliação delineados, indicadores esses que foram atingidos; a avaliação **permanente**, desenvolvida ao longo do projeto, o que possibilita utilizar meios de regulação; a avaliação **participante**, que envolve todos os elementos que participam no processo, com troca de experiências e sugestões de melhoria; a avaliação **formativa** que cria as condições para aprendizagens mútuas.

No processo de avaliação a enfermeira orientadora questiona a equipa sobre a pertinência de algumas medidas, acompanha em proximidade e orienta na parte processual. Deve avaliar, na passagem de turno, se os conhecimentos transmitidos pela equipa são de acordo com os conteúdos lecionados. Monitorizar se a aplicação do instrumento de avaliação está a ser feito de forma correta, bem como o preenchimento da lista de verificação.

Dado que a avaliação é um processo dinâmico, devemos comparar os objetivos definidos no início e os atingidos. Se o objetivo não for atingido, devemos saber quais os fatores que influenciaram, para implementar medidas corretivas.

Nesta fase do projeto podemos concluir que dois dos objetivos específicos foram alcançados, o terceiro a implementação de intervenções de enfermagem preventivas do *Delirium* na unidade, só mais tarde poderá ser avaliado, dado o tempo de implementação.

A **avaliação final** deve ser feita seis meses após o processo formativo estar concluído, com recurso à análise do preenchimento da *checklist* do algoritmo de atuação, pois só assim poderemos avaliar se o projeto foi efetivamente implementado na Unidade X.

A **divulgação dos resultados** é a última fase do processo de metodologia de projeto e constitui um “dever ético do investigador” ⁽¹⁷⁾. A divulgação dos resultados deve ser realizada, após a avaliação final do projeto, através da publicação de um artigo científico.

A divulgação dos resultados deve englobar a informação considerada pertinente, nomeadamente os aspetos negativos e deve expor as limitações do estudo ⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

O *Delirium* tem uma incidência e prevalência elevada nesta unidade, pelo que se revela essencial a identificação precoce e o tratamento atempado na pessoa em situação crítica.

A educação e a formação da equipa de enfermagem são fundamentais, assim como a uniformização de procedimentos. Contudo, para que ocorra uma alteração efetiva de comportamentos é necessária uma reflexão na e sobre a prática, apoiada na mais recente evidência científica, bem como o reconhecimento por parte de toda a equipa multidisciplinar, da importância do *Delirium* na pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção foi um processo enriquecedor, que trouxe contributos para o futuro, pois criou uma dinâmica que entra no ciclo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e permitiu adquirir e desenvolver competências de enfermeira especialista.

A sua elaboração tem como premissa a procura permanente da excelência no exercício profissional, com o enfermeiro a prevenir complicações e potenciais problemas.

Apesar de existirem diversas diretrizes e recomendações de atuação, por parte de organizações internacionais, é premente implementá-las na prática e alargá-las às instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

2-Maldonado, J. R. (2017). Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Critical care clinics*, 33(3), 461-519. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013>

3-Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). Risk reduction and management of delirium. *A National Clinical Guideline*. Disponível em: <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>

4-American Psychiatric Association.(2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

5-Prayce, R., Quaresma, F., & Galriça Neto, I. (2018). Delirium: o 7º parâmetro vital? *Acta Médica Portuguesa*, 51-58. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

6-Miranda, F., Arevalo-Rodriguez, I., Díaz, G., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J., ... & Seron, P. (2018). Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). doi: 10.1002/14651858.CD013126

7-Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 301-310. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.019>

8-National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Delirium: diagnosis, prevention and management. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

9-Pereira, J. M., Barradas, F. J. D. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. D. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 29-36. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>

10- Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., ... & Ely, E. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170058>

- 11-Singh, T. D., O'Horo, J. C., Gajic, O., Sakusic, A., Day, C. N., Mandrekar, J., ... & Rabinstein, A. A. (2018). Risk factors and outcomes of critically ill patients with acute brain failure: A novel end point. *Journal of Critical Care*, *43*, 42-47. - Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944117304033?via%3Dihub>
- 12- Kenes, M. T., Stollings, J. L., Wang, L., Girard, T. D., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (2017). Persistence of delirium after cessation of sedatives and analgesics and impact on clinical outcomes in critically ill patients. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, *37*(11), 1357-1365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681431/>
- 13-Estrup, S., Kjer, C. K. W., Poulsen, L. M., Gøgenur, I., & Mathiesen, O. (2018). Delirium and effect of circadian light in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *62*(3), 367-375. doi: 10.1111/aas.13037
- 14-Bento, M. S. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2018). Delirium: intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto hospitalizado - uma revisão bibliográfica. *Enfermería Global*, (52), 657- 673. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302971>
- 15-Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ... & Cousin, D. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *70*(1), 53-58. doi: 10.1097//CCM.0b013e3182783b72
- 16-Faria, R., & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Ver Bras Ter Intensiva*, *25*(2), 137-47. doi: 10.5935/0103-507X.20130025
- 17-Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, *15*, 1-37.
- 18-Carvalho, A., & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

19-Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética-Pensar Enfermagem. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

20-Xiao, L. I., Zhang, L., Fang, G. O. N. G., & Yuhang, A. I. (2020). Incidence and Risk Factors for Delirium in Older Patients Following Intensive Care Unit Admission: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Research*, 28(4), e101.

APÊNDICE IV

Formação aos pares: Como usar o extintor

COMO USAR O EXTINTOR

I - Classes de Incêndio dos Extintores existentes na Unidade [REDACTED]:

Classe A- Incêndios em sólidos (madeira, papel, plástico...)

Classe B- Incêndios em líquidos inflamáveis

Classe C- Incêndios em equipamentos elétricos

II - Tipos de agentes extintores existentes na Unidade [REDACTED]:

Extintor Pó químico – indicado A, B, C: Extingue o fogo através do abafamento por fosfato monoamônico, evita o risco elétrico, pode causar mais danos que o incêndio aos equipamentos, produz uma nuvem de poeira que dificulta a visibilidade, e espalha-se rapidamente ficamos com o problema da limpeza e com os equipamentos irreparavelmente danificados.

Extintor Gás Carbônico (CO₂) - Indicado B, C: É um gás, age por abafamento, portanto não conduz eletricidade, extingue o oxigênio do local, normalmente são utilizados onde existem equipamentos caros e onde outro tipo pode causar mais danos, por ser gás não danifica os equipamentos.

III - Como manusear o extintor:

- 1- Manter a distância segura das chamas, antes de descarregar o extintor, posicionamo-nos a uma distância de 2m a 2,5m;
- 2- Retirar o Pino (a cavilha) para usar o extintor (para isso segura o anel na lateral e puxa-se o pino para fora);
- 3- Aponte o bico (mangueira para a base do fogo e não para as chamas, para apagar o combustível que está queimando);
- 4- Com os extintores de CO₂, mantenha as mãos longe do difusor de descarga de plástico, pois ele fica extremamente frio;

5- Para libertar o agente extintor aperte as 2 alavancas juntas com uma das mãos, enquanto aponta a mangueira para a base do fogo com a outra;

6- Solte as alavancas para parar de descarregar;

7- Vá e volte com a mangueira percorrendo lentamente a base do fogo, aproxime-se do fogo somente quando as chamas apagarem;

8- Use os extintores apenas em pequenos incêndios, somente se as chamas forem menores que nós, evacue imediatamente se as chamas forem maiores ou o fogo estiver crescendo e espalhando-se.

ANEXOS

ANEXO I

**Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço:
Hemodinâmica e estação de anestesia da Drager**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **MARIA DE FÁTIMA BERNARDINO VIANA ESTEVES**, enfermeira, com o n.º mecanográfico 11186, a exercer funções na Unidade de Queimados - do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Pólo HSM, frequentou a sessão "Hemodinâmica e estação de anestesia Drager", que decorreu no dia 08/10/2020, com a duração de 01h:30m.

CONTEÚDOS

Estação de anestesia Drager

- Funcionamento da estação
- Monitor de pacientes e símbolos do dispositivo – visão geral
- Visão Geral de alarmes
- Montagem, desmontagem e descontaminação dos componentes
- Monitor Acute Care Sistem – seu funcionamento

CHULN-HSM, 09 de março de 2021

A Enfermeira Directora


Ana Paula Fernandes
Enfermeira Directora

ANEXO II

**Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço:
Aplicação e preenchimento de escalas de avaliação na pessoa vítima de
queimadura; Registos de enfermagem na pessoa vítima de queimadura**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **MARIA DE FÁTIMA BERNARDINO VIANA ESTEVES**, enfermeira, com o n.º mecanográfico 11186, a exercer funções na Unidade de Queimados - do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Pólo HSM, frequentou a sessão “Aplicação e preenchimento de escalas de avaliação na pessoa vítima de queimadura; Registos de enfermagem na pessoa vítima de queimadura”, que decorreu no dia 06/10/2020, com a duração de 00h:40m.

CONTEÚDOS

Avaliação da pessoa com queimadura

- Tipo de escalas:
 - Escala de coma de Glasgow
 - Breve Avaliação do Estado Mental
 - Escala de sedação de Richmond Scale
 - Escala de Bloqueio Motor – Bromage
 - Escala de Atividades de Vida Diária – Barthel
- Princípios de aplicação das escalas
- Registos de Enfermagem no sistema Picis (de acordo com protocolos de enfermagem da Unidade de Queimados)
 - Admissão
 - Internamento

CHULN-HSM, 09 de março de 2021

A Enfermeira Diretora

Ana Paula Fernandes
Enfermeira Directora

**DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM**

Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt
gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt

ANEXO III

Cartaz informativo: Triagem e Acondicionamento de Resíduos Hospitalares



TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES

Adaptação ao Despacho nº 242 / 96 do Ministério da Saúde



RESÍDUOS NÃO PERIGOSOS

GRUPO I	GRUPO II
 <p>SACO PRETO</p> <p>RESÍDUOS URBANOS</p> <p>RECICLAGEM</p>	 <p>SACO PRETO</p> <p>RESÍDUOS URBANOS</p>
<p>Resíduos provenientes de serviços gerais como gabinetes, salas de reunião e de convívio, instalações sanitárias, higiene pessoal, vestíveis, etc.;</p> <p>Embalagens e invólucros comuns;</p> <p>Resíduos provenientes de atividades de alimentação, resultantes da sua aquisição, confeção e consumo incluindo restos alimentares não incluídos no grupo III;</p> <p>Resíduos provenientes de serviços de apoio como oficinas, jardins, armazéns, etc.</p>	<p>Embalagens vazias de medicamentos, produtos químicos, ou outros produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos incluídos no grupo III e no grupo IV;</p> <p>Fraldas e resguardos descartáveis, papéis protetores de marquês não contaminados e sem vestígios de sangue;</p> <p>Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas sem vestígios de sangue ou contaminação;</p> <p>Material de proteção individual - máscaras, manguitos, aventais, luvas, botas, toucas - utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;</p> <p>Frascos de soro não contaminados, com exceção dos do grupo IV.</p>

RESÍDUOS PERIGOSOS

GRUPO III Risco Biológico	GRUPO IV
 <p>SACO BRANCO</p>	 <p>MATERIAIS CORTANTES E PERFORANTES (AGULHAS)</p> <p>SACO VERMELHO</p>
<p>Peças anatómicas não identificáveis (tecidos, biopsias, etc.);</p> <p>Resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados (seringas, sacos de plasma e de transfusão);</p> <p>Sistemas utilizados na administração de soros medicamentos, com exceção de citostáticos;</p> <p>Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas (sacos coletores de urina, sacos de drenagem, etc.);</p> <p>Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que exista contacto com produtos contaminados (luvas, aventais, máscaras);</p> <p>Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;</p> <p>Todos os resíduos de risco biológico provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecto contagiosos, blocos operatórios, unidades de hemodiálise, salas de tratamento, salas de autópsia, de anatomia patológica, patologia clínica e de laboratórios de investigação.</p>	<p>CITOSTÁTICOS e todo o material utilizado na sua manipulação e administração;</p> <p>Produtos químicos e fármacos rejeitados.</p> <p>Resíduos cortantes e perfurantes: agulhas bisturis, lamelas, etc.;</p> <p>Cadáveres de animais de experiência laboratorial;</p> <p>Placentas, fetos e peças anatómicas identificáveis;</p> <p>Produtos químicos passíveis de incineração (sólidos e líquidos em pequenas quantidades);</p> <p>(que podem também ser inumadas em cemitério - D.L. nº 411/98 de 30/12)</p>

Protegendo Pessoas. Reduzindo Riscos.™

www.ambimed.pt 808 200 246
Aljezur, Barreiro, Beja, Braga, Estarreja, Paúl, São Miguel, Terceira, Torres Vedras.

ANEXO IV

**Declaração de participação na Sessão de Formação em Serviço:
Prevenção da pneumonia associada à ventilação/intubação**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **MARIA DE FÁTIMA BERNARDINO VIANA ESTEVES**, enfermeira, com o n.º mecanográfico 11186, a exercer funções na Unidade de Queimados - do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Pólo HSM, frequentou a sessão “Prevenção da pneumonia associada à ventilação/Intubação”, que decorreu no dia 16/11/2020, com a duração de 00:30m.

CONTEÚDOS

Pneumonia Associada à Ventilação/Intubação

- Definição
- Prevalência
- Factores de Risco
- Feixes de Intervenções – Prevenção da pneumonia
- Apresentação do Algoritmo da Direção Geral de Saúde – 2017
- Cuidados de Enfermagem
 - Preventivos
 - Tratamento

CHULN-HSM, 09 de março de 2021

A Enfermeira Diretora


Ana Paula Fernandes
Enfermeira Directora

**DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM**

Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt
gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt

ANEXO V

**Declaração de Formadora na Sessão de Formação em Serviço: Prevenção
e Cuidado ao Doente com *Delirium* na Unidade X**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **MARIA DE FÁTIMA BERNARDINO VIANA ESTEVES**, enfermeira, com o n.º mecanográfico 11186, a exercer funções na Unidade de Queimados - do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Pólo HSM, foi formadora na sessão “Prevenção e cuidado ao doente com *delirium* na Unidade de Queimados”, que decorreu no dia 26/10/2020, com a duração de 00h:40m.

CONTEÚDOS

Delirium

- Definição, Tipos de *delirium* e Etiologia
- Fatores de risco
- Diagnóstico do *delirium*
- Escala de avaliação
- Intervenções multicompetentes
- Medidas não farmacológicas
- Algoritmo para abordagem à pessoa com *delirium*

CHULN-HSM, 09 de março de 2021

A Enfermeira Directora

Ana Paula Fernandes
Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE

ENFERMAGEM

Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.qfie@chln.min-saude.pt

Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt
gfie-de.hpv@chln.min-saude.pt

ANEXO VI

**Declaração de participação na Conferência: (Cuidados de) Saúde e
Espiritualidade**

(cuidados de)

Saúde e Espiritualidade

CERTIFICADO

Certifica-se que M^{rs} Fernanda B. Viana ESTEVES participou na conferência **(cuidados de) SAÚDE E ESPIRITUALIDADE**, realizada no dia **5 de Dezembro de 2019**, no Auditório 58 do Hospital Sta. Maria, e que foi promovida conjuntamente pelo **SAER** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, **GTIR**-Grupo de Trabalho Religiões Saúde e **APCP**-Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos - Grupo Espiritualidade.

Lisboa, 5 de Dezembro de 2019

Pela organização



Pe. Fernando Almeida Leite de Sampaio

(Capelão Coordenador do SAER do Centro Hospitalar Lisboa Norte e
Coordenador do GTIR)

Organização conjunta:

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



SAER

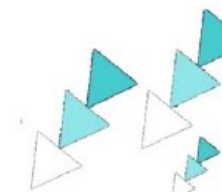
Serviço de Assistência Espiritual e
Religiosa



ANEXO VII

**Declaração de participação no II Seminário Internacional do Mestrado
em Enfermagem: “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem
Comum”**

**II Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem**
“Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”

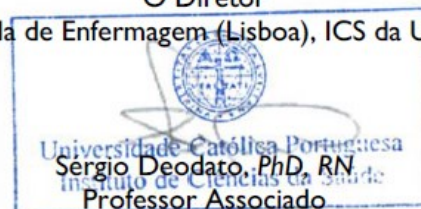


DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) **Enfermeiro(a) Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves**, participou no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 29 de novembro de 2019.

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Aluno n.º 192019075

ANEXO VIII

Declaração de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro”

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Maria de Fátima Bernardino Viana Esteves**, participou no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no **dia 27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º **192019075**



