



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 na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**PREVENÇÃO DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM**

**DELIRIUM PREVENTION IN CRITICAL PATIENT:
A SPECIALIZED NURSING INTERVENTION**

Por

Cátia Filipa Garnacho Martins Nobre

Lisboa, 2020



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 na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PREVENÇÃO DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

DELIRIUM PREVENTION IN CRITICAL PATIENT:
A SPECIALIZED NURSING INTERVENTION

Por

Cátia Filipa Garnacho Martins Nobre

Sob orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2020

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Manuela Madureira pelo apoio incondicional, disponibilidade e orientação durante este percurso.

Ao corpo docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Aos enfermeiros orientadores, pela disponibilidade, partilha e forma como me acolheram.

À minha mãe, que foi incansável e deu todo o apoio que uma filha pode desejar.

Ao meu pai e à Ita que sempre me deram força para continuar.

À minha irmã que tornou tudo sempre mais divertido.

Ao Miguel que me ajudou a respirar e tranquilizar nos momentos mais stressantes, obrigada pelo teu carinho.

Às minhas amigas mais próximas que apesar da minha ausência sempre me deram força.

Um obrigada muito especial à Tânia, à Cláudia e à Cris. Pelo incentivo, apoio e companheirismo.

Ao meu querido avô João um dos principais responsáveis pela realização deste Mestrado, obrigada por tudo avozinho.

Por último, e mais importante, à minha querida avó que perdi a meio desta jornada, um beijinho muito especial por tudo o que sempre fizeste por mim. Sei que seria um orgulho para ti.

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica de Lisboa, surge a elaboração deste Relatório que pretende ser o reflexo do percurso realizado onde, através da análise crítica e reflexiva, nos propomos a descrever as atividades realizadas e as experiências vivenciadas que se constituíram subsidiárias ao desenvolvimento, competências instrumentais e teóricas diferenciadas e à consecução dos objetivos delineados. As competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desenvolvidas, assim como as que subsidiam o título de mestre, serão o foco deste relatório.

Os contextos de estágio escolhidos foram um Serviço de Urgência Central e uma Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, de um hospital central em Lisboa. Dado reconhecer a experiência profissional como enfermeira em unidade de cuidados intensivos, iniciei este percurso formativo com a convicção de que algumas das competências requeridas, tinham já indicadores adequados para dar resposta às necessidades de cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Por ser um tema atual e de grande relevância pelas consequências que podem advir desta situação clínica, desenvolvi o meu trabalho de investigação sobre o Tema *delirium*. Para tal realizei uma revisão integrativa da literatura. Como resultado desta revisão foi possível sistematizar as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo da ocorrência do *delirium* e sublinhar a importância do papel do enfermeiro.

Com este estudo concluiu-se que o enfermeiro tem um papel muito importante na prevenção do *delirium* da PSC, com a adoção de medidas relacionadas com o ambiente, promoção do sono, intervenção terapêutica, avaliação cognitiva e

orientação dos doentes, protocolos, participação dos familiares, formação dos enfermeiros e ensino do doente. A implementação deste conjunto de medidas, é mais eficaz na diminuição da ocorrência do *delirium*, comparadas com o seu uso de forma isolada.

No serviço de urgência o foco incidiu no desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, com instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica, bem como na assistência à família. Pude divulgar e aplicar algumas das intervenções de enfermagem na prevenção do *delirium* no doente crítico, tendo por base a revisão bibliográfica realizada.

Relativamente ao serviço de cuidados intensivos, direcionei a minha experiência para a área da prevenção da lesão secundária do doente neurocrítico, aplicação de escalas de avaliação de sedação e consciência, onde faço uma análise crítica das várias ferramentas existentes, da sua aplicabilidade e limitações. Neste contexto, e por se ter manifestado ser um tema de interesse da equipa de enfermagem realizei uma formação sobre uma escala de sedação a Richmond Agitation-Sedation Scale.

Este Relatório procura, assim, demonstrar o processo de desenvolvimento de competências numa envolvência com a evidencia científica, reconhecendo a importância deste sinergismo para uma prática de cuidados avançada.

Palavras Chave: Intervenções de Enfermagem Especializadas, Pessoa em Situação Crítica, *Delirium*, Prevenção

SUMMARY

The preparation of this Report arises within the scope of the Nursing Masters Course with Medical-Surgical Nursing Specialization in the area of Nursing for People in Critical Situation, of the Catholic University of Lisbon, which intends to reflect the work undertaken whereby, through a critical and reflective analysis, my intention is to describe the activities carried out and experiences gathered subsidiary to the development, instrumental competences and differentiated theories and to the achievement of the goals set out. The common and specific competences of a nurse specialized in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situation developed, as well as those required for a Masters Degree, will be the focus of this report.

The locations for the internship chosen were an Accident and Emergency Department (A&E) and Neurocritical Intensive Care Unit of a central hospital in Lisbon. Acknowledging the professional experience as a nurse in an intensive care unit, I started this training path convinced that some of the competences required already had adequate indicators to respond to the care needs of a Person in Critical Situation.

Being a current topic and of great relevance due to the consequences that may arise from this clinical situation, I developed my work of investigation under the theme *Delirium*. For that purpose, I proceeded with an integrative revision of literature. As a result of that revision, it was possible to organize nursing interventions in the identification, prevention and control of *delirium* incidents and to underline the importance of the role of a nurse.

With this study, it may be concluded that a nurse has a very important role in the prevention of *delirium* of PSC, with the adoption of measures related with the environment, sleep promotion, therapeutic intervention, cognitive assessment and patient guidance, protocols, family participation, nurse training and patient

education. The implementation of this set of measures is more efficient in the reduction of a delirium incident, compared with its isolated use.

At the Accident and Emergency Department (A&E), the focus was based on the development of competences in the care provided to a person in an emerging situation, with hemodynamic instability and a risk of organ failure, as well as in the assistance to the family. I could divulge and apply some of the nursing interventions in the prevention of *delirium* in the critical patient, based on the bibliographic review made.

With respect to the intensive care unit, I directed my experience to the area of prevention of secondary lesions of the neurocritical patient, application of sedation and consciousness evaluation scales whereby I make a critical analysis of the several existing tools, of its applicability and restrictions. In this context and considering that it is a subject of interest to the nursing team, I followed a training course on the sedation scale, the Richmond Agitation-Sedation Scale.

Consequently, this Report aims to demonstrate the development process of competences in a component with scientific evidence, acknowledging the importance of this synergism for the practice of advanced care.

Key Words: Specialized Nursing Interventions, Person in Critical Situation, *Delirium*, Prevention

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ATICE - Adaptation to Intensive Care Environment

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAM-UCI - Confusion Assessment Method for the ICU

CAM - Confusion Assessment Method

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DVE - Drenagem ventricular externa

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECO - Ecografia

EOT - Entubação orotraqueal

FA - Fibrilhação auricular

HIC - Hipertensão intracraniana

ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist

ITLS - International Trauma Life Support

MASS – Motor Activity Assessment Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão intracraniana

PPC- Pressão de perfusão cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

QM – Qualidade Metodológica

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

RIL – Revisão integrativa da literatura

RSS - Ramsay Sedation Scale

RVR – Resposta ventricular rápida

SAS – Sedation Agitation Scale

SAV - Suporte Avançado de Vida

S.O. - Sala de observação

SU – Serviço de Urgência

SUC- Serviço Urgência Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TEV – Trombectomia Endovascular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos

VVAVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC - Via Verde Coronária

VVT- Via Verde Trauma

VVS - Via Verde Sepsis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELÍRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (RIL)	19
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - REFLEXÃO CRÍTICA	36
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
2.1.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	41
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	50
2.2.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	51
3. CONCLUSÃO.....	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	65
ANEXO I - Protocolo Via Verde AVC.....	67
ANEXO II - Programa do Congresso Internacional do Doente Crítico 2019.....	71
ANEXO III - Certificado de presença do Congresso Internacional do Doente Crítico 2019.....	75
APÊNDICE I - Tabela de artigos selecionados na RIL.....	79
APÊNDICE II - Poster apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019.....	93
APÊNDICE III – Formação sobre a RASS.....	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estratégia de pesquisa.....	24
Tabela 2 - Intervenções de Enfermagem na prevenção do <i>Delirium</i>	30
Tabela 3 - Escalas de sedação e dimensões avaliadas.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1 - Fluxograma Prisma.....	25
-----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A área da saúde pela sua especificidade e complexidade, exige cada vez profissionais diferenciados, pelo que é importante que os profissionais de saúde sejam dotados de competências e ferramentas que lhes permitam garantir uma melhor prestação de cuidados. Os profissionais de enfermagem asseguram uma parte essencial dos cuidados de saúde, pelo que a sua qualificação é fundamental (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018). De acordo com esta asserção e por sentir necessidade de investir no meu conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, decidi frequentar este curso de mestrado em Enfermagem que me confere o grau de especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e as competências a ele inerentes. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, presente no Regulamento nº 140/2019 (pág. 4744) “*O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*”(Ordem dos Enfermeiros, 2019), e por isso o meu principal objetivo. Nesse sentido ingressei no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

A prática reflexiva é o cerne dos cuidados de saúde baseados na evidência. A boa prática profissional assenta na reflexão do que consideramos certo nas práticas diárias o seu impacto e os resultados destas intervenções nos doentes (Craig & Smyth, 2004). Neste sentido, o presente relatório é suportado numa metodologia descritiva, visa refletir e explicar todo um percurso académico realizado, tendo por foco primeiro os objetivos delineados e inerentes à especialidade Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC. As descrições das experiências vivenciadas, estudo aprofundado e reflexão na prática, vão ilustrar o modo como foram desenvolvidas essas competências especializadas e aprofundado o conhecimento.

Enfermagem avançada pressupõe conhecimento especializado, habilidades e competências para a tomada de decisão nos variados contextos. Este agir baseia-se nas teorias de enfermagem (Smith, M. & Parker, 2015).

A teoria de enfermagem é uma concepção de algum aspeto da realidade que pertence à enfermagem. Esta é estruturada com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever cuidados de enfermagem. Tem na sua origem a prática de enfermagem, no sentido em que é através da prática que se percebem os efeitos dos cuidados e surgem algumas questões que promovem o desenvolvimento, sendo que a prática é também o objetivo final das teorias de enfermagem (Smith, M. & Parker, 2015). As teorias de enfermagem inserem-se em paradigmas que são estruturas gerais compostas de pressupostos sobre aspetos da disciplina considerados essenciais para o desenvolvimento da mesma.

A descrição do trabalho vai ao encontro do desenvolvimento das competências de enfermagem usando como referencial teórico a teoria das transições de Afaf Meleis, inserida no paradigma da transformação (Miguel, Correia, Conceição, & Cerejeira, 2016), e o modelo de competências de Patrícia Benner.

Todos experienciamos ao longo do ciclo vital múltiplas transições, algumas circunstanciais outras deliberadas e por isso o conceito de transição tem um papel importante na área ciências sociais e disciplinas da saúde (Miguel et al., 2016). Por outro lado, a enfermagem enfrenta continuamente um desafio para o seu desenvolvimento e as práticas desenvolvem-se através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos diferentes contextos de cuidados. Estas práticas devem ser adaptadas tendo em conta as interações particulares que ocorrem em momentos reais (Benner, 2001).

A escolha do tema “Prevenção do *Delirium* na Pessoa em Situação Crítica: Uma intervenção especializada de enfermagem, prende-se com facto de ser um tema atual com grande impacto no prognóstico dos doentes. Surge frequentemente em medicina intensiva podendo surgir em até 80% dos doentes internados em UCI. É por vezes subdiagnosticada e está relacionado com o aumento significativo da morbilidade e mortalidade do doente crítico (Da Silva Baptista Faria & Moreno, 2013). A prevenção do *delirium* surge como a principal linha de atuação e por isso

é importante identificar fatores de risco e grupos de maior risco. Esta prevenção assenta principalmente em medidas não farmacológicas.

É de extrema importância a consciencialização por parte dos profissionais de saúde sobre a relevância deste tema uma vez que a vigilância neurológica implica trabalho de equipa, assim como as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que têm impacto na saúde dos doentes internados em UCI (Da Silva Baptista Faria & Moreno, 2013). A transição surge neste caso como o aparecimento de um estado agudo (*delirium*), devido a alterações na pessoa/ambiente, com consequências potencialmente negativas que podem ser minimizadas pelo enfermeiro que assume um papel facilitador no processo de transição através da avaliação, planeamento, prevenção e implementação de intervenções.

Relativamente à organização, este relatório está subdividido em quatro capítulos. Inicialmente esta introdução, onde é feita a contextualização do relatório, locais de estágio escolhidos, os objetivos delineados, e onde apresento a sua estrutura.

O 1º capítulo corresponde à revisão da literatura realizada da qual resultou um artigo de Investigação com o tema: O papel do enfermeiro na prevenção do delírium no paciente crítico.

O 2º capítulo corresponde à análise crítica e reflexiva dos objetivos delineados e atividades realizadas em cada um dos estágios realizados de acordo com as competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação. Estas competências aparecem descritas em nota de rodapé de forma a facilitar a organização do trabalho e sua leitura. Relativamente à obtenção do Grau de Mestre, recorri à descrição das competências descritas no Regulamento n.º 65/2018, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República a 16 de agosto. Durante a realização do primeiro estágio desenvolvido no serviço de urgência dei primazia à divulgação e aplicação de intervenções de enfermagem na prevenção do *delirium* no doente crítico, tendo por base a revisão bibliográfica realizada. No seguimento desta revisão, realizei um poster com o tema: “Intervenções de Enfermagem na prevenção do *Delirium* no Doente em Situação Crítica”, que foi apresentado no Congresso Internacional do

Doente Crítico 2019, e ao qual foi atribuído o 2º prémio na categoria de melhores pósteres. Relativamente ao serviço de cuidados intensivos, optei por realizar estágio num serviço especializado em doentes neurocríticos onde um dos principais focos é a prevenção da lesão neurológica secundária. Neste contexto é de extrema importância a vigilância e aplicação de escalas de sedação e consciência. Existem várias ferramentas estudadas e validadas para Portugal e outras apenas validadas no estrangeiro. Neste capítulo descrevo algumas destas escalas, a sua aplicabilidade e limitações. Por se ter constituído um tema de interesse da equipa de enfermagem do serviço, realizei uma formação sobre uma escala de sedação a Richmond Agitation-Sedation Scale, com intuito da sua aplicação no futuro, uma vez que é a escala que se destaca na bibliografia encontrada como sendo a ferramenta mais adequada face ao tipo de doentes/intervenções. mais indicada para o contexto do serviço. Relativamente à prevenção do *delirium*, verifiquei ser um tema de interesse da equipa, pelo que muitas das intervenções são realizadas pelos vários elementos da equipa multidisciplinar. Todos os elementos estão despertos para as implicações do *delirium* e refletem-no nas suas práticas. Contudo não existe uma prática uniformizada no sentido do seu diagnóstico, pelo que forneci literatura sobre a aplicação da escala Confusion Assessment Method for the ICU, escala de avaliação do *delirium*, que também se revelou ser um projeto do serviço a sua implementação no futuro. Para a aplicação desta escala é necessária a utilização da Richmond Agitation-Sedation Scale, o que salientou a importância da minha apresentação.

O 3º capítulo faz referência à conclusão e surge como síntese do trabalho desenvolvido, analisando criticamente os aspetos mais relevantes na construção do meu processo de aprendizagem durante este percurso e o alcançar dos objetivos definidos.

Por fim foram inseridas as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices

Este relatório foi redigido de acordo com a norma de referências bibliográficas American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

1. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELÍRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (RIL)

RESUMO

Objetivo: Conhecer as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica. **Método:** Utilizando a metodologia recomendada pelo Centro Cochrane, foi realizada uma RIL de artigos publicados entre 2014 e 2018, que identificaram intervenções de enfermagem dirigidas à prevenção e controlo do *delirium* na PSC. Foram realizadas quatro pesquisas, com os descritores em inglês, validados pelo MesH (Medical Subject Headings) e DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) nas bases de dados electrónicas da EBSCOhost e na B-on. Dois revisores independentes, fizeram a extração, análise e síntese dos dados. **Resultados:** Identificaram-se 13 estudos nesta RIL que apresentam estratégias dinâmicas, maioritariamente não farmacológicas, para prevenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica. Os resultados dos estudos evidenciam intervenções de enfermagem, relacionadas com o ambiente, a promoção do sono, a intervenção terapêutica precoce, a avaliação cognitiva e orientação dos doentes, intervenções sistematizadas em protocolos, bem como intervenções direccionadas à participação dos familiares, à formação dos enfermeiros e ao ensino dos doentes. Foram também identificados fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium* e instrumentos de avaliação. **Conclusão:** As evidências demonstraram que o enfermeiro é fundamental na identificação precoce, prevenção e controlo do *delirium*, evitando a progressão da doença, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade. A intervenção face ao *delirium*, deve incluir a identificação de fatores predisponentes e/ou precipitantes de modo a contribuir para a diminuição da ocorrência e/ou resolução do quadro. Torna-se assim fundamental reconhecer e validar intervenções que permitam controlar o *delirium*, de modo a diminuir as suas consequências.

Palavras-Chave: *Delirium*; Prevenção & Controle; Cuidados Críticos; Doente; Papel do Enfermeiro

INTRODUÇÃO

A definição de *Delirium* está associada a uma disfunção cerebral aguda que pode ser caracterizada pela perturbação da atenção e da consciência, de forma transitória e flutuante, acompanhada de uma mudança na cognição basal, e que surge frequentemente em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (American Psychiatric Association APA, 2013; Faria & Moreno, 2013).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o *delirium* costuma estar associado a perturbação no sono-vigília, o que pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer, sono excessivo durante o dia ou vigília durante a noite. Por vezes pode resultar em inversão total do sono-vigília/ noite-dia. O indivíduo com *delirium* pode mostrar perturbações emocionais, como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia bem como, mudanças rápidas e imprevisíveis de um estado emocional a outro, o que pode ficar evidente ao chamar, gritar, murmurar, queixar-se ou produzir outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições em que faltam estímulos ambientais (APA, 2013).

Os critérios de diagnóstico desta perturbação são cinco: perturbação da atenção e da consciência; quando se desenvolve num período breve de tempo (horas a dias) e quando há alteração e oscilação da atenção e da consciência basais ao longo do dia; perturbação da cognição; perturbação da percepção que não é explicada por demência pré-existente estabelecida ou em evolução e quando há evidência de que a perturbação é resultante de causas fisiológicas devido a uma condição médica de múltipla etiologia, diagnosticada através da história, exame físico ou achados laboratoriais (APA, 2013).

O *delirium* pode ser classificado de agudo quando a duração é de poucas horas a dias ou de persistente com a duração de semanas ou meses. Pode, ainda, ser classificado de hiperativo, hipoativo e misto. No primeiro, verifica-se um nível hiperativo de atividade psicomotora, frequentemente com oscilação do humor, agitação e recusa de cuidados médicos; no segundo, constata-se uma hipoatividade e que pode ser acompanhada de lentidão e letargia que se aproxima do estupor; no terceiro, verifica-se um nível normal de atividade psicomotora apesar de existir perturbação da atenção e percepção (APA, 2013).

O *delirium* está associado a um maior tempo de ventilação mecânica, com maior tempo de permanência na UCI e maior risco de mortalidade. Alguns dos fatores de risco incluem idade avançada, alcoolismo, alterações da visão/audição e, no caso da PSC, o uso de contenção física, dor prolongada e algum tipo de medicação (Herling et al., 2018).

As intervenções de enfermagem devem ser ajustadas a cada doente, tendo em conta a sua individualidade, o seu diagnóstico e as suas preferências (Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014).

Deste modo, torna-se crucial detetar na anamnese fatores de risco e utilizar escalas de avaliação validadas tal como a Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU), que se encontra validada para português (Gusmao-flores et al., 2011) e a escala Confusion Assessment Method (CAM) validada para a população portuguesa (Sampaio & Sequeira, 2013).

Alguns fatores de risco são modificáveis, como a mobilização precoce, a correção de distúrbios hidroeletrólíticos, prevenção da hipoxia, suspensão precoce da ventilação mecânica e remoção de dispositivos invasivos (Faria & Moreno, 2013). Sendo por isso importante promover o conforto e o controle da dor, a utilização da menor sedação possível, estratégias proativas de desmame da ventilação mecânica e início precoce de terapia ocupacional e fisioterapia.

A PADIS- Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delírium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU recomendada pela Society of Critical Care Medicine's, em 2018, define os fatores de risco como modificáveis (transfusões de sangue e uso de

benzodiazepinas) e não modificáveis (idade, demência, coma prévio, cirurgia pré-internamento e índices de gravidade elevados), com forte evidência da relação deste fatores com a ocorrência do *delirium* (Devlin et al., 2018).

O enfermeiro tem por isso um papel muito importante na prevenção e controlo do *delirium*, através da implementação de intervenções não farmacológicas, visto ser o profissional que permanece mais tempo junto do doente.

Foi definido como objetivo desta RIL, conhecer as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo do *delirium* na PSC.

METODOLOGIA

Quanto ao tipo de estudo, optou-se por uma RIL que permite obter várias perspetivas sobre um fenómeno, através de várias metodologias, sendo sintetizadas, com potencial para aplicação na prática baseada na evidência, formando a base para a prática de enfermagem (Joanna Briggs Institute, 2017; Moreira, 2014).

Foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo do *delirium* na PSC?

Os critérios de seleção foram definidos de acordo com a metodologia PICCO (acrónimo para população, intervenção, comparação, contexto e resultados): População (adultos, com idade 18 anos), Intervenção (intervenções de enfermagem), Contexto (pessoa em situação crítica), Comparação (não se aplica), Outcome (identificar as intervenções de enfermagem na prevenção do *delirium*).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para a realização desta pesquisa foram usadas duas bases de dados electrónicas: a EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina) e a B-on; durante o mês de Junho 2019.

Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. A leitura, bem como a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foi realizada para garantir a avaliação crítica durante o processo de seleção dos artigos sendo que, perante algumas discordâncias entre os pesquisadores foi pedida a avaliação de um terceiro avaliador. Todos os estudos apresentaram elevada qualidade pelo que não foi excluído nenhum após esta avaliação.

A Qualidade Metodológica (QM) dos estudos foi efetuada através dos instrumentos do Joanna Briggs Institute – MASTARI- Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies (Joanna Briggs Institute, 2017). Foi definido, previamente à realização do estudo por todos os investigadores, que só se incluíam os estudos com QM elevada, ou seja, que apresentassem um score de 7, 8, 9 ou 10 no MASTARI.

O acesso foi online, nas duas bases de dados. Os descritores usados e validados no MeSH e no DeCs, foram os seguintes: Delirium, Nursing, Nursing Care, Critical Care, Patients, Child.

Foram utilizadas para a seleção de artigos, as seguintes combinações na língua inglesa, com os respetivos operadores booleanos (AND, NOT) e operador de truncamento (*): na primeira pesquisa foi utilizada a seguinte estratégia: Delirium (TI TITLE) AND “Critical Care” AND Patients AND Nursing NOT Child*. Na pesquisa seguinte: Delirium (TI TITLE) AND “Critical care” AND Nursing NOT Child*. Na terceira pesquisa: Delirium (TI TITLE) AND “Critical care” AND Patients AND Nurs* NOT Child*. Na última pesquisa: Delirium (TI TITLE) AND “nursing care” AND “critical care” NOT child*(Tabela 1).

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram os seguintes: acesso ao texto completo; artigos com data da publicação entre 2014 e 2019; artigos

publicados no idioma português e inglês; estudos realizados em população com idade 18 anos e todos tipos de publicações.

Numa fase inicial a seleção começou com a leitura dos títulos, seguida dos resumos, e por fim do texto integral, no sentido de responder à questão de investigação.

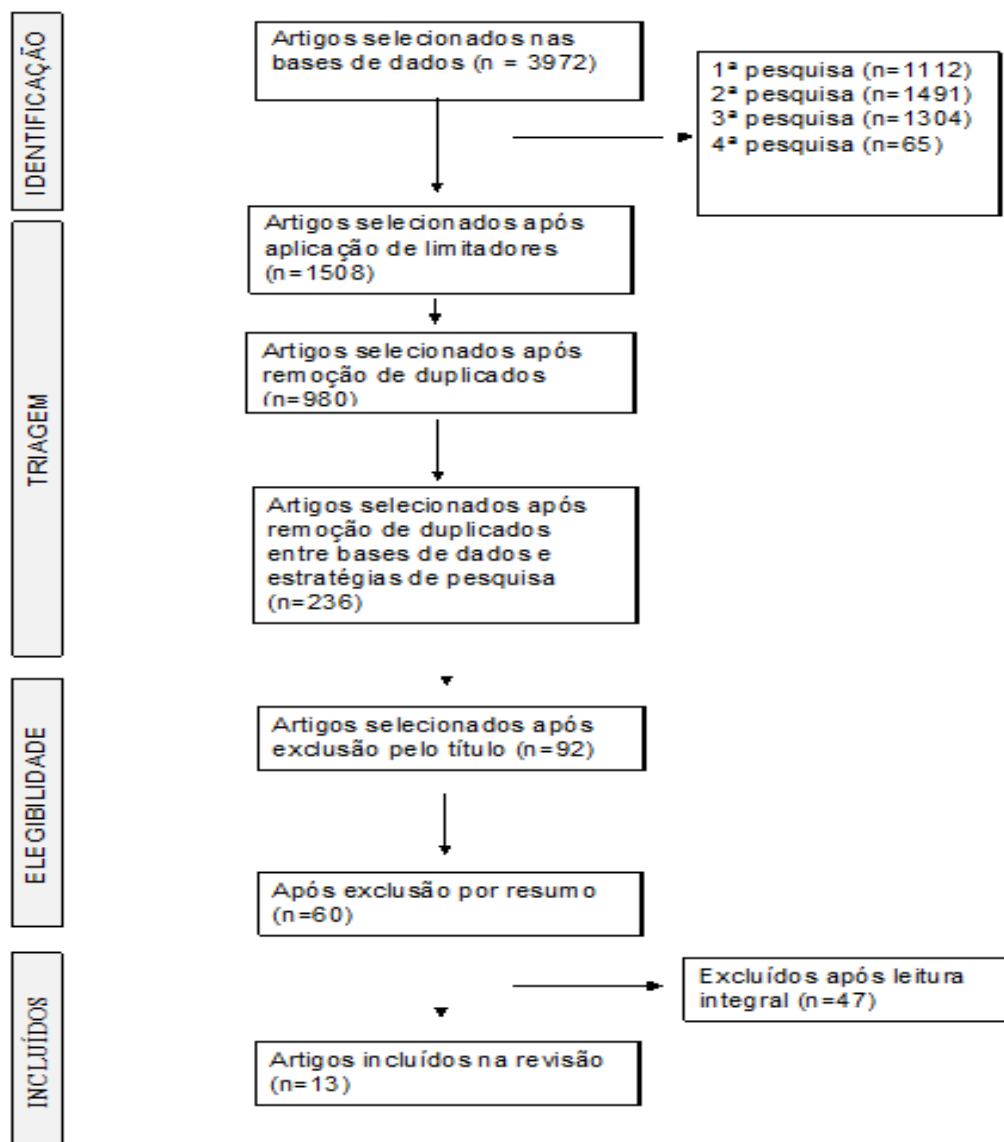
Tabela 4- Estratégia de pesquisa

Pesquisa 1		Pesquisa 2		Pesquisa 3		Pesquisa 4	
Delirium (TI TITLE) AND "Critical care" AND Patients AND Nursing NOT Child*		Delirium (TI TITLE) AND "Critical care" AND Nursing NOT Child*		Delirium (TI TITLE) AND "Critical care" AND Patients AND Nurs* NOT Child*		Delirium (TI TITLE) AND "nursing care" AND "critical care" NOT child*	
EBSCOhost	B-ON	EBSCOhost	B-ON	EBSCOhost	B-ON	EBSCOhost	B-ON
436	676	543	948	503	801	31	34
Resultados (após limitadores: 86 (após remoção de duplicados 59)	Resultado s (após limitadores :345 (após remoção de duplicados 215)	Resultados (após limitadores: 104 (após remoção de duplicados 74)	Resultados (após limitadores: 447 (após remoção de duplicados 303)	Resultados (após limitadores: 96 (após remoção de duplicados 65)	Resultados (após limitadores: 387 (após remoção de duplicados 229)	Resultados (após limitadores: 12 (após remoção de duplicados 12)	Resultados (após limitadores: 31 (após remoção de duplicados 23)

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 13 artigos que representam a amostra (Figura 1).

Figure 2 - Fluxograma Prisma



Quanto ao ano de publicação dos 13 artigos, 1 foi publicado em 2014 (Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014), 2 em 2015 (De Barros, Figueirêdo, Fernandes, Neto, & Macêdo-Costa, 2015; Moon & Lee, 2015), 3 em 2016 (Bounds et al., 2016; Tovar, Omaira, Suarez, & Muñoz, 2016; Rivosecchi, Kane-Gill, Svec, Campbell, & Smithburger, 2016), 4 em 2017 (Birge & Aydin, 2017; Martínez, Donoso, Marquez, & Labarca, 2017; Munro et al., 2017; Smith & Grami, 2017) e 3 em 2018 (Hamzehpour, Valiee, Majedi, Roshani, & Seidi, 2018; Johnson, Fleury, & McClain, 2018; Kang et al., 2018).

Relativamente ao país de origem dos estudos, 5 são dos EUA, (Bounds et al., 2016; Johnson et al., 2018; Munro et al., 2017; Rivosecchi et al., 2016; Smith & Grami, 2017) 1 da República da Coreia do Sul (Moon & Lee, 2015), 1 do Chile (Martínez et al., 2017) , 1 do Irão (Hamzhepour et al., 2018), 2 da Colômbia (Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Tovar et al., & Muñoz, 2016), 1 da República da Coreia (Kang et al., 2018), 1 da Turquia (Birge & Aydin, 2017) e 1 do Brasil (De Barros et al., 2015)

Em relação desenho dos estudos, estes são: qualitativo observacional prospetivo (Rivosecchi et al., 2016), retrospectivo (Bounds et al., 2016), randomizado controlado (Hamzhepour et al., 2018; Johnson et al., 2018; Moon & Lee, 2015; Munro et al., 2017), quase-experimental prospetivo (Birge & Aydin, 2017; Martínez et al., 2017; Tovar et al, 2016), coorte controlado (Smith & Grami, 2017), revisão sistemática e Meta-Análise (Kang et al., 2018), revisão da literatura (Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014) e RIL (De Barros et al., 2015).

Procedeu-se à extração dos dados tendo por base as orientações do Joanna Briggs Institute considerando: autor, ano e país; tipo de estudo, amostra e contexto; objetivos, conceito/ intervenções; resultados e conclusão. Os itens foram compilados numa tabela, com a finalidade de proceder ao resumo narrativo dos dados (APÊNDICE I) (Joanna Briggs Institute, 2014).

A classificação de Oxford Centre for Evidence Medicine foi utilizada para delinear os Níveis de Evidência Científica e o Grau de Recomendação (Howick, et al, 2011). Os estudos incluídos têm elevado nível de evidência.

A incidência do *delirium* na pessoa em situação crítica, foi determinada em todos os estudos incluídos.

Relativamente às intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium*, que os estudos fizeram referência foram as que estão relacionadas com o ambiente em dez estudos - 76,9% (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Johnson at al., 2018; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi et al., 2016; Tovar et al., 2016); a promoção do sono em dez estudos - 76,9% (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al.,

2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi, et al., 2016; Smith & Grami, 2017; Tovar, et al., 2016) a intervenção terapêutica precoce em oito estudos - 61,5% (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., & Seidi, 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi, et al, 2016); e as relacionadas com a avaliação cognitiva e orientação dos doentes em dez estudos- 76,9% (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; De Barros et al., 2015; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Munro et al., 2017; Rivosecchi et al., 2016; Tovar, et al., 2016). As intervenções sistematizadas em protocolos surgiram em cinco estudos- 38,4 (Bounds et al., 2016; Kang et al., 2018; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi et al., 2016; Smith & Grami, 2017).

A implementação da bundle ABDCE (Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring and Management e Early Mobility) diminuiu a prevalência do *delirium* (de 38%-23%), o número de dias sem *delirium* (3,8- 1,72 dias) e o número de doentes sem *delirium* (62%-77%). A bundle DPB (Delirium Prevention Bundle), foi eficaz na redução do *delirium* em 78%. A implementação da bundle “MORE” (Music, Opening of blinds, Reorientation e Cognitive stimulation, Eye and Ear protocol), evidenciou uma redução do *delirium* em 57%, redução tempo internamento em UCI (50,6%). Numa revisão sistemática - Meta-análise, 16 estudos fizeram referência às intervenções através de protocolos (45,7%), evidenciando a redução e ocorrência do *delirium* (Kang et al., 2018). O protocolo de prevenção, demonstrou reduzir a mortalidade em sete dias, mas sem diminuição significativa da incidência do *delirium* (Moon & Lee, 2015).

As intervenções dirigidas à participação dos familiares surgiram incluídas em cinco estudos - 38,4% (Bounds et al., 2016; De Barros et al., 2015; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017), enquanto a formação dos enfermeiros e ensino dos doentes em três estudos - 23% (Birge & Aydin, 2017; Kang et al., 2018; Rivosecchi et al., 2016).

Deste modo, constatou-se que as intervenções que surgiram com mais frequência nos estudos selecionados foram as relacionadas com o ambiente, promotoras do sono e avaliação cognitiva e orientação dos doentes.

No que se refere aos fatores de risco potenciadores do *delirium*, foram incluídas as alterações cognitivas, alterações sensoriais e alterações físicas em cinco estudos- 38,4% (Birge & Aydin, 2017; De Barros et al., 2015; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Moon & Lee, 2015).

Para a avaliação do *delirium* dos doentes em UCI, os estudos selecionados abordaram os seguintes instrumentos: ICDSC - Intensive Care Delirium Screening Scale Checklist (Bounds et al., 2016; Kang et al., 2018; Rivosecchi et al., 2016); CAM-ICU (Birge & Aydin, 2017; De Barros et al., Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Johnson et al., 2018; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Munro et al., 2017; Smith & Grami, 2017; Tovar et al., 2016), NEECHAM Confusion Scale (Hamzhepour et al., 2018; Kang et al., 2018), DDS- Delirium Detection Score (Kang et al., 2018), DOS- Delirium Observation Screening Scale (Kang et al., 2018), DSM IV- Diagnostic e Statistical Manual of Mental Disorders IV (Kang et al., 2018). Verificou-se que na maioria dos estudos, ou seja em 69,2%, é usada a CAM- ICU.

DISCUSSÃO

Na pessoa em situação crítica, o desenvolvimento do *delirium* está associado a várias consequências negativas, como o aumento do tempo de internamento, da mortalidade e morbidade, assim como ao elevado custo hospitalar. Torna-se assim importante e imperativo a prevenção da ocorrência do *delirium* (Park & Lee, 2019; Rivosecchi et al., 2015).

O conhecimento e a identificação precoce dos fatores de risco na admissão do doente e nas primeiras 24 horas por parte dos enfermeiros para o desenvolvimento do *delirium* e seu diagnóstico, são importantes para a aplicabilidade de medidas profiláticas e de tratamento, uma vez que conseguem predizer a ocorrência do *delirium* (Devlin et al., 2018). Assim, devem estar incluídos no algoritmo das intervenções de enfermagem na prevenção do *delirium* o reconhecimento dos seguintes fatores de risco: alterações cognitivas (dificuldade na concentração, confusão, irritabilidade), alterações sensoriais (alterações da acuidade visual e auditivas) alterações físicas (mobilidade reduzida, agitação, distúrbios do sono, alcoolismo, tabagismo, distúrbios hidroeletrólíticos, hipo/hipertermia, anemia,

alterações função renal, anemia) e alterações sociais (dificuldade na comunicação, alterações do humor, incapacidade de colaboração) (Birge & Aydin, 2017; De Barros et al., 2015; Hamzhepour, et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Moon & Lee, 2015). Além do reconhecimento dos fatores de risco acima descritos, os enfermeiros tornam-se responsáveis no controlo de fatores de risco potencialmente modificáveis, tais como: promoção da nutrição e hidratação, gestão de dispositivos clínicos, promoção de visitas de familiares, promoção da utilização de próteses auditivas e dentárias, gestão adequada da medicação prescrita, posicionamentos e oxigenoterapia adequados (Pereira et al., 2016).

Após análise do conteúdo dos estudos, constatou-se que existem várias intervenções de enfermagem, que podem ser agrupadas em sete categorias: o ambiente; promoção do sono; intervenção terapêutica precoce; avaliação cognitiva e orientação dos doentes; protocolos; participação dos familiares; formação dos enfermeiros e ensino do doente (Tabela 2).

As ações de enfermagem relacionadas com o ambiente, são aquelas que promovem um ambiente acolhedor e confortador, com o enfermeiro de referência sempre próximo, possibilitam o uso de objetos pessoais, a presença de familiares, procedem à deslocação do doente apenas quando necessário, reduzem o volume dos alarmes dos dispositivos e telefones (para diminuir a ansiedade) e providenciam a abertura/encerramento das persianas para ambiente confortador (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Johnson et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi et al., 2016; Tovar et al., 2016).

A musicoterapia, demonstra ser eficaz na prevenção porque aborda mecanismos que contribuem para o *delirium*, como o desequilíbrio de neurotransmissores, inflamação e stressores fisiológicos agudos.

Verificou-se a diminuição de variáveis fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial); regulação do stress e emoções, com composições musicais suaves (ritmo lento, tom baixo, ritmos repetitivos) e com isso diminuição do *delirium* (Johnson et al., 2018).

Tabela 5 - Intervenções de Enfermagem na prevenção do Delirium

Componente	Intervenções de Enfermagem
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar abertura/ encerramento das persianas. - Facilitar musicoterapia, em tom baixo, ritmo lento e repetitivos. - Providenciar óculos e aparelhos auditivos, caso alteração da acuidade visual e auditiva. - Providenciar ambiente harmonioso: proximidade com os enfermeiros, objetos familiares, minimizar movimentações do doente, reduzir volume dos alarmes do monitor e telefones, aromaterapia.
Promoção sono	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável - Facilitar luz adequada ao ciclo circadiano e redução do ruído - Providenciar, se necessário, indutores do sono - Evitar que a pessoa durma durante o dia e evitar procedimentos durante a noite - Providenciar locais de menor ruído para doentes mais fragilizados - Proporcionar tampões para os ouvidos (se necessário)
Intervenção terapêutica precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas - Prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia - Proporcionar mobilização precoce e exercício - Proporcionar fármacos indutores do sono/sedativos adequados à prevenção do <i>delirium</i> precocemente - Remover cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infecção - Proporcionar um controlo adequado da dor - Monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente
Avaliação cognitiva e orientação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento com posterior orientação dos doentes quanto ao local e suas características, data/ hora e razão pela qual está na UCI - Identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados - Explicar os sons que poderá ouvir, de bombas infusoras, monitores, ventiladores - Permitir visitas de familiares/pessoas significativas - Permitir mensagens áudio com voz familiar - Providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditivo - Fornecer calendário aos doentes e relógios com monitor grande - Facilitar comunicação verbal/ não verbal adequados aos doentes - Minimizar as restrições físicas (apenas perante quadros de agitação severa, para proteção do doente)
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo "MORE" (música; abertura/encerramento de persianas, reorientação/ estimulação cognitiva) - <i>Bundle</i> ABCDEF (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação, monitorização do <i>delirium</i>, mobilização precoce, empoderamento familiar. - <i>Bundle</i> DPB (suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono)
Participação dos familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a inclusão dos familiares na prestação de cuidados - Incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com o doente - Explicar à família quando ocorre o <i>delirium</i>, do que se trata, que é uma situação temporária e que melhora após tratamento
Formação dos enfermeiros e ensino dos doentes	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o doente das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer - Facultar aos enfermeiros formação acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do <i>delirium</i>.

Dada a elevada incidência do *delirium* nas UCIs, a prevenção tem um papel preponderante e está associada a uma elevada eficácia, baixo risco e baixo custo (Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbell, & Kane-gill, 2015). Um conjunto de

intervenções, ou seja, protocolos, são mais eficazes que intervenções isoladas, nas quais a participação do enfermeiro é de elevada importância (Devlin et al., 2018).

O protocolo MORE: música; abertura/encerramento de persianas, reorientação/estimulação cognitiva (uso de calendário, entretenimento visual), demonstrou uma redução do tempo de internamento e do desenvolvimento de *delirium* (Rivosecchi et al, 2016).

Além deste protocolo, também houve referência à bundle ABCDE, que consiste no teste de redução de sedação; teste de respiração espontânea; coordenação com outros membros da equipa multidisciplinar; escolha da sedação e analgésico; prevenção e avaliação do *delirium*; mobilização precoce. Este estudo sugeriu a inclusão do *empowerment* familiar, como estratégia de prevenção do *delirium*, dando origem ao ABCDEF (Bounds et al., 2016). Com estas medidas implementadas demonstrou-se uma diminuição da prevalência e duração do *delirium*. Tal, foi comprovado num outro estudo, realizado em sete hospitais da Califórnia, com uma amostra de 6024 doentes, internados em UCI (Barnes-daly, Phillips, & Ely, 2017). Neste contexto foi implementada a PDA *Guidelines (Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit)*, através da bundle ABCDEF, e foi possível demonstrar redução significativa da mortalidade, do *delirium* e coma. Esta bundle foi reformulada, acrescentando dois itens: avaliação/tratamento da dor e *empowerment* familiar.

Através da suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono, que correspondente à bundle DPB, foi possível demonstrar uma redução efetiva do *delirium* (C. D. Smith & Grami, 2017). Para além da diminuição do *delirium*, verificou-se a diminuição da incidência da mortalidade em sete dias, quando implementado um protocolo que consiste na verificação dos fatores de risco, avaliação do *delirium* e intervenções relacionadas com o ambiente e intervenção terapêutica.

Existem outras investigações em curso, com um delineamento de um protocolo de intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium*, o UNDERPIN-ICU (*Delirium Interventions in the Intensive Care Unit*), que consiste na promoção da

adequada função auditiva e visual, que quando comprometidas os cuidados devem ser adaptados, promoção do sono adequado e otimização ciclo circadiano, estimulação cognitiva, estimulação da mobilização e redução da sedação (Wassenaar et al., 2017).

Os doentes internados em UCI, sofrem alteração no seu padrão de sono, em consequência do ruído, da luz e de todas as várias intervenções que são sujeitos (Gomes, Mascarenhas, & Alves, 2015). Os enfermeiros devem minimizar esses fatores, devendo desenvolver ações promotoras do sono. Estão incluídas a aromaterapia; massagens relaxantes (pés e costas); luz adequada ao ciclo circadiano; não interromper o sono; redução ruído; comprimidos indutores do sono. Sempre que possível realizar procedimentos durante o dia, providenciar o posicionamento confortável e preferido para o doente; doentes mais fragilizados, colocar em ambiente com menos ruído (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez, et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Tovar et al., 2016).

Neste contexto, um protocolo noturno de redução de som (uso de tampões durante a noite; redução volume alarmes; limitar o número de interrupções do sono e quando sujeitos a técnica substituição renal contínua retirar os sacos das soluções, afastados do doente) permitiu reduzir a incidência de *delirium* em doentes internados na UCI (Van de Pol, Van Iterson, & Maaskant, 2017; Rompaey et al., 2012).

Em relação à intervenção terapêutica, verificou-se que a nutrição e hidratação adequadas, prevenção de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicémia, oxigenação adequada, mobilização precoce e exercício, revisão permanente dos fármacos indutores do sono/sedativos, despistar sinais precoces de infeção, remoção de catéteres desnecessários, controlo da dor, evitar hipoxia, monitorização da eliminação vesical e prevenir obstipação, foram eficazes na prevenção do *delirium* (Birge & Aydin, 2017; Bounds et al., 2016; Hamzhepour et al., 2018; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez, et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Rivosecchi et al., 2016).

A avaliação cognitiva e orientação dos doentes, são de extrema importância, uma vez que as UCI's são locais propensos a momentos de stress, pela gravidade dos doentes e não deve ser descurada a orientação quanto ao local e suas características, identificação do profissional, data, hora e razão pela qual está na UCI, permissão de visitas de familiares e amigos, providenciar leitura, quando aplicável, fornecimento de calendários aos doentes e relógios com monitor de elevadas dimensões. Uso de comunicação verbal e não verbal adequados. Minimizar as restrições físicas, usar apenas temporariamente perante quadros de agitação severa, para proteção do doente (Birge & Aydin, 2017; De Barros et al., 2015; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Munro et al., 2017; Tovar et al., 2016). A incidência do *delirium* nos doentes em UCI é elevada com o uso de restrições físicas e o uso destas medidas deve ser minimizado (Rn et al., 2018).

Um outro aspeto referenciado é o fornecimento de orientação na UCI através de mensagens áudio com voz familiar, verificou a sua eficácia na redução do *delirium*. Estas devem conter informações de orientação espaço/temporal, frases confortadoras e que tranquilizem o doente. A facilidade de implementação associada a baixo custo, torna esta estratégia eficaz na prevenção do *delirium* (Munro et al., 2017).

A participação dos familiares refere-se à inclusão de membros da família na prestação de cuidados ao doente na UCI, melhorando a comunicação entre doentes, familiares e equipa multidisciplinar, aumentando a confiança do doente (Smithburger, Korenoski, Kane-Gil I& Alexander, 2017). Incluir os membros da família a fazer parte da estratégia de estimulação do doente e permitir o horário alargado de visitas, têm evidência na prevenção do *delirium* e promove o *empowerment* familiar (Bounds et al., 2016; De Barros et al., 2015; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017).

A prevenção do *delirium* passa pelas intervenções não farmacológicas, tais como a reorientação, estimulação cognitiva, promoção de sono de qualidade, redução da imobilidade, providenciar dispositivos no caso de incapacidade auditiva e visual (Devlin et al., 2018).

O uso instrumentos de avaliação de *delirium*, facilitam o seu reconhecimento precoce, permitindo adotar medidas no sentido da sua prevenção e diminuição da gravidade. As escalas abordadas nos estudos, foram as seguintes: ICDSC (Bounds et al., 2016; Kang et al., 2018; Rivosecchi et al., 2016), CAM- ICU (Birge & Aydin, 2017; De Barros, et al., 2015; Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014; Johnson et al., 2018; Kang et al., 2018; Martínez et al., 2017; Moon & Lee, 2015; Munro et al., 2017; Smith & Grami, 2017; Tovar et al., 2016), NEECHAM- *Confusion Scale* (Kang et al., 2018; Hamzhepour et al., 2018); DDS (Kang et al., 2018); DOS (Kang et al., 2018) e a DSM IV (Kang et al., 2018).

A PADIS *Guidelines* de 2018, recomenda o uso da CAM-ICU e ICDSC, sendo as que apresentam maior sensibilidade (Devlin et al., 2018). Para a população portuguesa é validada e usada a CAM-ICU, sendo um instrumento com elevada sensibilidade, especificidade e simples de utilizar (Sampaio & Sequeira, 2013).

O desconhecimento acerca dos tipos de *delirium*, das manifestações e sua prevenção, levam a maior probabilidade de ocorrência do *delirium*. Assim torna-se importante a formação dos enfermeiros acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do *delirium*; ensinios ao doente acerca das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer, tranquilizando o doente (Birge & Aydin, 2017; Kang et al., 2018; Rivosecchi et al., 2016).

CONCLUSÃO

Esta RIL possibilitou conhecer as intervenções de enfermagem na identificação, prevenção e controlo da ocorrência do *delirium*, na PSC. O enfermeiro deve ter conhecimento dos instrumentos de avaliação do *delirium*, assim como as suas manifestações e fatores de risco relacionados, podendo assim atuar no sentido de prevenir e diminuir a sua ocorrência e gravidade. São intervenções com facilidade de implementação, baixo custo e comprovada elevada eficácia.

Com este estudo concluiu-se que o enfermeiro tem um papel muito importante na prevenção do *delirium* da PSC, com a adoção de medidas relacionadas com o

ambiente, promoção do sono, intervenção terapêutica, avaliação cognitiva e orientação dos doentes, protocolos, participação dos familiares, formação dos enfermeiros e ensino do doente. A implementação deste conjunto de medidas, é mais eficaz na diminuição da ocorrência do *delirium*, comparadas com o seu uso de forma isolada. Sugere-se a realização de mais estudos, para a comprovação da eficácia destas medidas, em particular na população portuguesa em UCI.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS - REFLEXÃO CRÍTICA

É determinante e essencial para o desenvolvimento de competências específicas e especializadas o percurso por diferentes locais de estágio, por forma a aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos em contexto de prática clínica, na perspetiva do seu aperfeiçoamento e sempre sustentada na melhor e mais recente evidência científica. O conceito de “prática baseada na evidência” tem vindo a ser identificado e generalizado para todos os profissionais de saúde, sendo os enfermeiros o maior grupo de profissionais de prestação de cuidados de saúde, apresentando-se na linha da frente na identificação, avaliação e aplicação da melhor evidência na sua prática clínica (Craig & Smith, 2004)

Tendo como premissa que o processo de cuidar com qualidade implica a existência de conhecimentos científicos, de valores humanísticos e a capacidade de atuar em diferentes contextos com diferentes níveis de complexidade e diversidade, bem como a capacidade de gestão de recursos, tempo e emoções, isto implica na formação em enfermagem um foco de atenção individual que começa no estudante e se estende ao doente e família (Rabiais, 2014). Este cuidar deve assentar nos princípios éticos e deontológicos. Assim, *“Encarando a Deontologia como formulação de um “dever profissional”, poderemos defini-la como o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e o Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p.14). Por outro lado, *“(...) a função da ética é guiar a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro.”* (Neves & Pacheco, 2004, p.38). Assim pretendo neste capítulo relatar as experiências vivenciadas com análise crítica e reflexiva, tendo por base os princípios da ética e deontologia.

Como enfermeira exercer funções desde 2006 fui adquirindo algumas competências ao longo da minha experiência profissional que me ajudaram neste percurso e foram facilitadoras para aprofundar e adquirir novos conhecimentos.

Presentemente exerço funções como enfermeira generalista na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos (UCIMC), do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital de Santa Maria desde 13 de outubro de 2013, o que me permitiu adquirir competências na área do doente crítico e foi um dos aspetos motivadores para a realização da especialidade nesta área. Esta unidade contempla a prestação de cuidados ao doente adulto em nível 3 de cuidados, tanto do foro médico, como do foro cirúrgico, incluindo doentes transplantados renais no pós-operatório imediato, politrauma e do foro neurocirúrgico. Desta forma tenho contacto com os vários mecanismos de suporte de órgão, como terapêutica de manutenção e terapêutica de urgência. Situações de grande instabilidade hemodinâmica onde a antecipação e rápida atuação são de extrema importância.¹

Uso do desfibrilhador manual. Suporte Ventilatório com Ventilação invasiva e Ventilação não invasiva. Técnica de oxigenação extracorporeal (ECMO venoso), desde a canulação à manutenção e à descanulação. Suporte da função renal com Hemodiafiltração contínua. Manutenção de funções vitais através de suporte aminérgico e suporte cardiovascular (como utilização de balão intra-aórtico). Monitorização hemodinâmica com sistema de vigileo® e PICCO®. Doente Neurocrítico com necessidade de monitorização de Pressão Intracraniana e Drenagem Ventricular Externa. Manutenção do doente para dador de órgãos. Termorregulação - Normotermia no doente, pós paragem cardiorrespiratória. Protocolo do dador em morte cerebral.² Durante o percurso profissional tive contacto com o doente em fim de vida bem como com a morte frequentemente. Nesta unidade temos horário alargado de visitas o que permite o maior contacto com a família. Temos frequentemente de trabalhar a comunicação com o familiar, não só fornecendo informação de forma clara e adaptada a cada um, como apoio emocional. É comum o familiar que entra na unidade pela primeira vez e vê o seu ente querido rodeado de aparelhos e tubos, manifestar reações de ansiedade e

¹ 1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.

² 1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; 1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.2.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.

muitas vezes mal estar geral, pelo que o acompanhamento na primeira visita é sempre feito pelo enfermeiro e este permanece junto a ambos para que todas as dúvidas e receios possam ser esclarecidas.³ Promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica. (Sá, 2015)

Além das competências supracitadas exerço funções de gestão como chefe e equipa, o que implica a coordenação dos recursos físicos e humanos na ausência do chefe de serviço, a comunicação com a equipa multidisciplinar no âmbito da tomada de decisões clínicas e estabelecimento de prioridades, integração de elementos mais novos na equipa e orientação de alunos em estágio⁴.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço escolhido para a realização deste estágio é um serviço de urgência polivalente situado na cidade de Lisboa, inserido num hospital público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes. Trata-se de um serviço de referência a nível nacional e que dá resposta a uma grande área geográfica, com a capacidade de receber e tratar doentes com todos os tipos de patologias visto ter o apoio de todas as especialidades médicas. É também um hospital que segue os protocolos de Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Trauma (VVT) e Via Verde Coronária (VVC) e via verde Sepsis (VVS). Este é constituído por duas áreas principais, a área de ambulatório e a área de internamento.

À área de ambulatório correspondem os setores da triagem, duas salas de reanimação, sala de espera da prioridade laranja, amarela, e verde/azul, cada uma com uma sala de tratamentos de enfermagem, uma sala para doentes exclusivamente do foro respiratório designada como sala de aerossóis, um gabinete

³ 1.4.1 Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.4.3 Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

⁴ C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde; C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados; C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

de cirurgia (Gabinete7) e sector de pequena cirurgia, e um setor de ortopedia com duas salas. Em cada um destes sectores existe pelo menos um enfermeiro, sendo que o enfermeiro da pequena cirurgia é partilhado com a ortopedia.

Relativamente aos meios complementares de diagnóstico existe uma sala de colheita de análises clínicas, duas salas de radiologia, e uma sala para realização de eletrocardiograma. As salas para realização de TAC (tomografia axial computadorizada) e ECO (ecografia) encontram-se situadas num piso diferente (piso 1).

É um serviço bem organizado, com espaço físico agradável e relativamente recente. No entanto torna-se difícil ter perceção do que se passa nos diferentes sectores por ser muito amplo. Apesar da dimensão do hospital, devido à elevada afluência de doentes, os recursos humanos e materiais parecem por vezes insuficientes. Um exemplo disso é o facto da sala de reanimação 1 estar preparada e equipada para receber 2 doentes, contudo excepcionalmente acontece permanecerem 3 doentes em simultâneo.

De uma forma geral as características deste serviço de urgência são propícias e facilitadores à aprendizagem.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Neste sentido o meu percurso neste estágio passou maioritariamente pelo foco nas áreas de atendimento ao doente crítico, nomeadamente a sala de diretos e o S.O (sala de observação).

Defini como objetivos específicos: 1º *Desenvolver competências na prestação de cuidados prestados à pessoa em situação de doença crítica e sua família, no SUC* e 2º *Desenvolver competências na identificação, prevenção e intervenções de enfermagem na prevenção do delirium no doente crítico*

2.1.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Início deste estágio foi pautado de entusiasmo em poder colaborar e compreender a dinâmica do serviço, no entanto com alguma apreensão por saber tratar-se de um serviço com uma complexidade e ambiente totalmente diferentes do ambiente em que exerceu funções.

Apesar de lidar diariamente com doente crítico em UCI, a mudança de contexto condiciona o desempenho independentemente das competências adquiridas anteriormente, o que é explicado no Modelo de Competências de Patrícia Benner (Benner, 2001).

Durante a realização deste estágio tive oportunidade de passar algum tempo na triagem que consiste precisamente no primeiro contacto com o doente. É ao enfermeiro que cabe triar e encaminhar corretamente o doente. Neste Serviço de Urgência (SU) o sistema de triagem utilizado é o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este sistema está estruturado em fluxogramas e discriminadores. Os fluxogramas representam a queixa principal do doente, com base em sinais e sintomas e permite discriminar a prioridade clínica. Cada nível de prioridade refere-se a um nível de gravidade. Esta é representada por uma cor que corresponde a um prazo máximo para o atendimento. A prioridade clínica I corresponde ao nível de gravidade “emergência”, é representada pela cor vermelha e o atendimento deve ser imediato; a prioridade clínica II corresponde ao nível de gravidade “muito urgente”, é representada pela cor laranja e o atendimento deve ocorrer em até 10 minutos; a prioridade clínica III corresponde ao nível de gravidade “urgente”, é representada pela cor amarela e o atendimento deve ocorrer em até 60 minutos; a prioridade clínica IV corresponde ao nível de gravidade “pouco urgente”, é representada pela cor verde e o atendimento deve ocorrer em até 120 minutos e, por último, a prioridade clínica V corresponde ao nível de gravidade “não urgente”, é representada pela cor azul e o atendimento pode ser em até 240 minutos. Para atribuir a prioridade clínica, o enfermeiro identifica junto ao doente e/ou familiar o motivo que o trouxe ao serviço de urgência e realiza a avaliação do estado de saúde do mesmo. É Realizada colheita de dados e exame físico focado na história clínica de modo a selecionar o fluxograma e discriminador (Franco et al., 2018).

A triagem revelou ser um processo criterioso que exige do enfermeiro alguma perícia e sensibilidade para conseguir entender cada situação da melhor forma possível e gerir as prioridades, sabendo que alguma falha pode levar a um indesejado desfecho da situação.⁵

Mais uma vez na Sala de reanimação a abordagem inicial é feita pelo Enfermeiro. O enfermeiro como primeiro elemento a abordar o doente na sala de reanimação é o principal responsável por detetar precocemente qualquer mudança no seu estado, mesmo antes de ser possível verificar alguma alteração a nível de sinais vitais mensuráveis (Benner, 2001).

Esta capacidade é tão importante quão a decisão de ativar ou não um protocolo de resposta rápida, que pode ter repercussões em situações de vida ou morte.

Dependendo se é acionado algum dos protocolos, segue-se o algoritmo e é o enfermeiro que contacta o médico da especialidade correspondente. Enquanto isso é feita a avaliação inicial segundo o ABCDE. A abordagem ABCDE foi padronizada de acordo com as lesões de maior mortalidade. O seu significado é: A (airways) – vias aéreas com controle da coluna cervical; B (breathing) – respiração e ventilação; C (circulation) – circulação com controle da hemorragia; D (disability) – estado neurológico; E (exposure) – exposição e controle da temperatura. Esta abordagem é aplicada no exame primário para detetar situações emergentes, no entanto também é utilizada na avaliação secundária durante a monitorização (Rodrigues, Galvão, & E Santana, 2017).

É da responsabilidade do enfermeiro a vigilância e monitorização destes doentes no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos.⁶

Na sala de reanimação foi onde tive contacto com os protocolos de Via Verde, que desconhecia. Pude verificar que existe um encadeamento de ações que visam dar uma resposta rápida e adequada às necessidades do doente. Relativamente ao

⁵ 1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar.

⁶ 1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 2.1.2 — Adequa resposta em situação de trauma; 2.1.3 — Realiza triagem primária e secundária; 2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas.

protocolo de VVAVC, tive oportunidade de presenciar e colaborar em várias situações de doentes com sintomatologia sugestiva de AVC e o acionamento do respetivo protocolo (ANEXO I). Pude verificar que existe treino e a equipa multidisciplinar está preparada para dar resposta rápida de forma a cumprir o protocolo preconizado.⁷ O que se revela de extrema importância, uma vez que os sistemas de triagem de doentes admitidos no SU representam um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das vítimas de AVC (Monteiro Pereira, Guedes, DeOliveira, & Amado Martins, 2017).

Ainda na sala de reanimação tive oportunidade de colaborar em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), politrauma, situações de entubação orotraqueal (EOT), ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Dada a minha experiência profissional, o conhecimento teórico adquirido ao longo do 1º e 2º semestres e ao facto do material utilizado neste serviço ser o mesmo que utilizo diariamente, não senti grandes dificuldades na prestação de cuidados aos doentes nestas circunstâncias no âmbito do manuseamento de materiais.⁸ No entanto, as situações vivenciadas neste contexto, apesar de idênticas às que vivencio em contexto de UCI, acontecem num ambiente diferente com algumas particularidades o que me possibilitou a aquisição de novas ferramentas, nomeadamente na adequação da resposta face aos recursos disponíveis⁹.

A grande particularidade deste serviço de urgência é o facto de surgirem vários doentes em situação crítica em simultâneo, uma vez que nem todos os casos são referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Uma das estratégias é esperar o inesperado e perceber que podemos não ter nenhum doente na sala de diretos e 5min depois ter 3 doentes sem aviso prévio. Desses doentes é preciso perceber se é necessário a ativação de alguma das vias verdes e agir segundo o protocolo em tempo útil. Caso contrário delinear rapidamente um plano de cuidados. É preciso destreza mental que se adquire não apenas com formação académica, mas com experiência profissional (Benner, 2001).

⁷ 1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos.

⁸ 2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas;

⁹ 2.4.3 — Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe;

Dado este ritmo vivenciado torna-se muitas vezes difícil providenciar o apoio à família, não que este seja negligenciado, mas porque por vezes o volume de trabalho faz com prestemos menos atenção. Esta situação fez parte de um dos momentos de reflexão existente entre os elementos da equipa e de facto todos referiram sentir que muitas vezes a disponibilidade para dar o devido apoio aos familiares não é a ideal. Neste contexto vivenciei uma situação na qual uma doente é avaliada na triagem pelo enfermeiro orientador com a minha colaboração. As queixas eram de palpitações, sudorese e mal-estar geral em doente sem antecedentes cardíacos conhecidos. Avaliada frequência cardíaca através oximetria de pulso que deu valores acima dos 135 batimentos por minuto. Por este motivo foi encaminhada¹⁰ para a sala de diretos e procedeu-se a avaliação segundo metodologia ABCDE e à devida monitorização. No monitor foi possível verificar um traçado disrítmico que após eletrocardiograma confirmou FA (fibrilação auricular) com RVR (resposta ventricular rápida). No momento do transporte para a sala de diretos foi pedido à filha que acompanhava a doente que esperasse “lá fora” e que depois se daria informações. Imediatamente começou a chorar e mostrou sinais de grande nervosismo.

A doente foi observada pela equipa medica e medicada e ficou em vigilância. Como me tinha apercebido do estado de ansiedade da filha, falei com o meu orientador que se manteve na vigilância da doente e perguntei se podia ir ter com a familiar para tentar dar alguma assistência.¹¹ A abordagem passou por dizer que brevemente poderia entrar para ver a sua mãe e que a equipa medica viria explicar o diagnostico e o tratamento a que a mãe estava a ser submetida. Expliquei que lhe tinha sido pedido para sair apenas para que se pudesse fazer uma observação atenta e um exame de diagnostico. Apesar de ser uma prática comum, existem estudos que concluíram que promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica, mesmo nas situações de emergência (Sá, 2015). Neste caso específico, percebi que a equipa de serviço neste momento não teve este aspeto em consideração, possivelmente por ser uma prática já instituída há algum tempo, e isto levou a mais

¹⁰ 1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade.

¹¹ 1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

um momento de reflexão com a equipa. Sugeri a presença da família em futuras situações semelhantes, dado a existência de estudos que comprovam esta medida. senti na equipa alguma relutância, nomeadamente em situações mais complexas, no entanto, percebi que existia espaço para a mudança de comportamento. Nesta situação emergiu a *“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”*, descrita no Regulamento n.º 65/2018, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República a 16 de agosto (pág. 4162), que faz referência às competências do grau de Mestre.

Outra situação vivenciada que foi alvo de reflexão e que pretendo relatar foi relativa ao transporte de um doente crítico de uma unidade hospitalar para outra. Nesta situação específica foi necessário mobilizar o doente para receber o tratamento adequado à sua situação de doença. Apesar de ser um hospital central com todas as especialidades e meios de diagnóstico que consegue dar resposta à maioria das necessidades dos doentes, existem algumas exceções. É o caso dos doentes que necessitam de ser submetidos a trombectomia endovascular (TEV) no âmbito da VVAVC. Existem equipas escaladas para a realização deste tipo de procedimentos com dias e hospitais definidos e nem sempre é possível realizá-las no hospital onde feito o diagnóstico de imagem. O transporte do doente crítico tanto a nível intra como inter-hospitalar coloca o doente em risco de eventos adversos e o que pode levar ao aumento da morbilidade e mortalidade. No entanto, por vezes temos de mobilizar o doente para realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos. Em algumas situações este tipo de tratamentos exige que o doente seja transportado para fora da instituição onde se encontra. Esta situação ocorreu durante o meu estágio. Recebemos um doente que entrou pelo protocolo de VVAVC, realizou rapidamente exame de imagem e confirmou-se a indicação para realização de TEV. No dia em questão o Hospital não tinha os recursos para realização desse procedimento, uma vez que era um outro hospital escalado. Dada a urgência do procedimento o chefe de equipa rapidamente

acionou o meio de transporte e foi discutida a escolha da equipa para o realizar¹². Da parte médica existe uma escala para transporte, que nem sempre é o elemento com mais experiência em situações de emergência que possam necessitar de Suporte Avançado de Vida (SAV). Relativamente à equipa de enfermagem, nem sempre é o enfermeiro responsável pelo doente que faz este transporte. A decisão é feita com base nos recursos humanos disponíveis e gestão do Enfermeiro chefe de equipa. A Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, defendem que um dos aspetos mais importante para a segurança do doente durante o transporte é a qualificação técnica, relacionada com a formação e a experiência clínica (2008). Contudo, os autores acrescentam que mesmo os profissionais que habitualmente assistem doentes críticos necessitam de formação direcionada para a prestação específica de cuidados em transporte de doentes críticos. Na verdade, o nível de cuidados, durante o transporte não deverá ser inferior ao existente no serviço de origem e, portanto, devemos garantir a continuação dos cuidados prestados (Graça, Silva, Correia, & Martins, 2017). Infelizmente pela falta de recursos humanos e materiais nem sempre é possível, por isso antes de proceder à mobilização do doente devemos ter em conta a equipa que irá realizar o transporte, os equipamentos e terapêutica disponíveis. Com o devido planeamento podemos reduzir significativamente os incidentes adversos (Bourn, Wijesingha, & Nordmann, 2018). Inicialmente era para ser um outro enfermeiro a realizar o transporte, mas depois de analisar a situação decidiu-se que seria o enfermeiro responsável pelo doente a fazer o transporte com um médico interno com experiência em doente crítico. Durante o período de espera em que estas decisões foram tomadas, tive oportunidade de discutir com o meu orientador porque não era sempre a pessoa mais diferenciada com maior experiência em doente crítico (normalmente a mesma que fica responsável pelo doente inicialmente, uma vez que o doente está na sala de reanimação onde estão escalados os enfermeiros mais experientes em doente crítico), e consegui perceber que isso também poderia implicar que esse posto iria ficar com um enfermeiro menos diferenciado. Por outro lado, o enfermeiro responsável pelo doente é o que melhor conhece o doente e a sua situação clínica, o que permite melhor vigilância e continuidade dos cuidados no sentido do registo

¹² 2.1.5 — Assegura meios de evacuação e transporte.

e da transmissão da informação pertinente.¹³ É uma decisão que é feita na altura pelo chefe de equipa, depois de analisar cada situação. Idealmente todas as equipas deveriam ter sempre elementos com formação na área, mas nem sempre se verifica. Consegui perceber que a instituição tem apostado na formação da sua equipa pois tem disponível algumas vagas a preços mais reduzidos em cursos com ITLS (International Trauma Life Support) e SAV (Suporte Avançado de Vida). Este facto vai permitir que em situações futuras seja mais fácil de gerir os recursos humanos e por sua vez providenciar maior segurança para o doente.

Relativamente ao segundo objetivo traçado “Desenvolver competências na identificação, prevenção e intervenções de enfermagem na prevenção do *Delirium* no doente crítico”, vou focar-me no tempo em que permaneci no S.O. Este sector seria idealmente um serviço de permanência curta para vigilância e tratamento antes de ser possível a transferência do doente para um serviço de internamento ou em alguns casos enquanto aguardam cirurgia urgente. No entanto o que se verifica é que os doentes permanecem neste sector mais tempo que o idealmente previsto. Frequentemente são doentes críticos com necessidade de mais do que um suporte de órgão que aguardam vaga em UCI. São vários dias de internamento num local onde existem 16 camas com dispositivos de monitorização, ventilação não invasiva, onde se realizam procedimentos e técnicas invasivas, entrada e saída constante de doentes seja para realização de exames, ida ao bloco, altas ou novos internamentos. Esta dinâmica acontece a qualquer hora do dia.

De acordo com a pesquisa realizada no âmbito da realização do artigo de investigação, a definição de *Delirium* está associada a uma disfunção cerebral aguda que pode ser caracterizada pela perturbação da atenção e da consciência, de forma transitória e flutuante, acompanhada de uma mudança na cognição basal, e que surge frequentemente em doentes internados em UCI (Da Silva Baptista Faria & Moreno, 2013). Apesar de não se tratar de uma UCI, este serviço apresenta-se com características semelhantes e os doentes estão expostos a muitos dos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do *delirium*. Após análise do conteúdo dos estudos analisados na RIL, constatou-se que existem várias

¹³ 2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.

intervenções de enfermagem, que podem ser agrupadas em sete categorias: o ambiente; promoção do sono; intervenção terapêutica precoce; avaliação cognitiva e orientação dos doentes; protocolos; participação dos familiares; formação dos enfermeiros e ensino do doente.

Relativamente ao Ambiente: Providenciar abertura/ encerramento das persianas; Facilitar musicoterapia, em tom baixo, ritmo lento e repetitivos; Providenciar óculos e aparelhos auditivos, caso alteração da acuidade visual e auditiva; Providenciar ambiente harmonioso: proximidade com os enfermeiros, objetos familiares, minimizar movimentações do doente, reduzir volume dos alarmes do monitor e telefones, aromaterapia. Relativamente à Promoção sono: Proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável; Facilitar luz adequada ao ciclo circadiano e redução do ruído; Providenciar, se necessário, indutores do sono; Evitar que a pessoa durma durante o dia e evitar procedimentos durante a noite; Providenciar locais de menor ruído para doentes mais fragilizados; Proporcionar tampões para os ouvidos (se necessário). Intervenção terapêutica precoce: Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas; Prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia; Proporcionar mobilização precoce e exercício; Proporcionar fármacos indutores do sono/sedativos adequados à prevenção do *delirium* precocemente; Remover cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infeção; Proporcionar um controlo adequado da dor; Monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente. Avaliação cognitiva e orientação: Avaliar o conhecimento com posterior orientação dos doentes quanto ao local e suas características, data/ hora e razão pela qual está na UCI; Identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados; Explicar os sons que poderá ouvir, de bombas infusoras, monitores, ventiladores; Permitir visitas de familiares/pessoas significativas; Permitir mensagens áudio com voz familiar; Providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditivo; Fornecer calendário aos doentes e relógios com monitor grande; Facilitar comunicação verbal/ não verbal adequados aos doentes; Minimizar as restrições físicas (apenas perante quadros de agitação severa, para proteção do doente). Protocolos: Protocolo “MORE” (música; abertura/encerramento de persianas, reorientação/ estimulação cognitiva); Bundle ABCDEF (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação,

monitorização do *delirium*, mobilização precoce, *empowerment* familiar; Bundle DPB (suspensão da sedação, controlo da dor, estimulação sensorial, mobilização precoce e promoção do sono). Participação dos familiares: Permitir a inclusão dos familiares na prestação de cuidados; Incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com o doente; Explicar à família quando ocorre o *delirium*, do que se trata, que é uma situação temporária e que melhora após tratamento. Formação dos enfermeiros e ensino dos doentes: Informar o doente das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer; Facultar aos enfermeiros formação acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do *delirium*.

Face ao acima descrito podemos verificar que a equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa de enfermagem, pode realizar várias intervenções no sentido de prevenir o *delirium*. Algumas destas intervenções são passíveis de ser realizadas desde o primeiro dia tanto em UCI como no S.O, dadas as características do mesmo. Esta reflexão foi realizada com meu orientador e com vários elementos da equipa e de facto foi possível verificar que todos têm o cuidado de reduzir o volume dos alarmes, a luz e o tom de voz durante o período noturno. Remover dispositivos invasivos assim que possível. Reorientar a pessoa no espaço, tempo e pessoa, que são extremamente importantes na prevenção e redução do *delirium* (Munro et al., 2017). Por outro lado, pude partilhar alguns dos resultados obtidos no meu estudo e algumas outras intervenções que podem ser realizadas¹⁴, de forma a sensibilizar e sublinhar a importância destas intervenções. A partilha das conclusões deste estudo vai de encontro à competência descrita no Regulamento n.º 65/2018, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República a 16 de agosto (pág. 4162), “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”(Ministério da Ciência, 2018).

¹⁴ D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

No âmbito desta temática, eu e a colega com quem fiz a RIL realizamos um poster que foi apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 (Apêndice II). A participação neste congresso proporcionou-me o acesso a várias temáticas sobre o doente crítico de acordo com o programa (Anexo II) e do qual apresento o certificado de presença no (Anexo III).

Relativamente às competências adquiridas ao longo da minha experiência profissional, tive reconhecimento por parte de alguns dos elementos da equipa que me abordavam em algumas ocasiões no sentido de pedir a minha opinião profissional sobre algumas temáticas, nomeadamente ventilação mecânica invasiva e monitorização¹⁵.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A unidade escolhida para a realização deste estágio é uma unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia, um serviço que recebe e trata doentes com patologia do foro neurocirúrgico com capacidade de 9 camas de doentes de nível 3. No mesmo piso situa-se o bloco operatório da especialidade onde são realizados a maioria dos procedimentos, sendo que alguns dos procedimentos de urgência se realizam no bloco de urgência situado no bloco de urgência central. Por se tratar de um serviço direcionado para o tratamento do doente neurocrítico e por ser uma área extremamente complexa onde a vigilância neurológica é o ponto chave e na qual o enfermeiro tem um papel de extrema importância por estar permanentemente à cabeceira do doente (Sá, 2015), decidi escolher este serviço como local de estágio para poder consolidar e adquirir novos conhecimentos nesta área.

Por outro lado, a unidade onde exerço funções tem vindo a dar resposta a doentes com este tipo de patologia e assim pude aprofundar e adquirir conhecimentos e ferramentas importantes na prevenção da lesão secundária que é o principal objetivo após a instalação da lesão primária (E. Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012). Para que esta prevenção seja realizada são instituídas várias medidas de neuroprotecção (Desai & Jain, 2018).

¹⁵ D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.

Objetivos específicos *“Desenvolver competências na prestação de cuidados prestados à pessoa em situação de doença crítica e sua família, na Unidade de Neurocríticos, dando primazia à prevenção da lesão secundária” e “Desenvolver competências na identificação, prevenção e intervenções de enfermagem na prevenção do Delirium no doente internado num serviço de Neurocirurgia – UCI”*

2.2.1 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A correta avaliação neurológica é de extrema importância na vigilância do doente com patologia intracraniana. Esta avaliação deve ser realizada através de escalas como a escala de coma de Glasgow (ECG), a avaliação pupilar, avaliação de pressão intracraniana, bem como exames de imagem, aumentando desta forma a probabilidade de detetar precocemente qualquer tipo de alteração. Monitorização contínua em tempo real, como a avaliação de pressão intracraniana, poderá ser um indicador de aviso precoce em alguns casos de eventos adversos com um hematoma em expansão (M. Smith, 2011).

Um dos principais objetivos deste estágio foi aprimorar a avaliação neurológica no doente crítico de forma a conseguir detetar precocemente possíveis alterações e prevenir a lesão secundária.

Uma das situações vivenciadas foi a de um doente vítima de traumatismo cranioencefálico (TCE) com perda de consciência, com sinais de hipertensão intracraniana (HIC) com necessidade de intervenção cirúrgica e colocação de cateter intraventricular para avaliação de pressão intracraniana (PIC) e drenagem ventricular externa (DVE) que foi internado no serviço após intervenção cirúrgica, algumas horas antes do meu turno. Este doente encontrava-se sedoanalgesiado para neuroprotecção e ventilado invasivamente. Na avaliação inicial foi realizada abordagem ABCDE e a utilização da ECG para a avaliação do nível de consciência. O nível da consciência é um dos parâmetros da avaliação neurológica e de extrema importância na avaliação de vítima de TCE, uma vez que determina alterações no estado da função cerebral. As decisões terapêuticas dependem de uma avaliação precisa do estado de consciência. Através desta avaliação, o profissional poderá

determinar alterações do quadro clínico do doente, realizar intervenções e prevenir complicações (D. M. da P. Oliveira, Pereira, & Freitas, 2014).

A escala de coma de Glasgow define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para avaliação de doentes em coma nas unidades de cuidados intensivos (Murthy, 2009).

Durante a avaliação neurológica pude verificar alguns aspetos que me fizeram questionar a utilização exclusiva desta escala. Em primeiro lugar, a escala pode variar de acordo com o nível de sedação do doente, uma vez que um doente com sedação profunda terá diferente resposta aos estímulos. Por outro lado, avalia a resposta verbal, o que acaba por levar sempre à menor pontuação nesse item uma vez que a maioria destes doentes se encontram sob ventilação mecânica invasiva (Murthy, 2009)¹⁶.

Para a realização de uma avaliação neurológica mais precisa é necessário completar a avaliação com outros parâmetros. A ECG não avalia resposta ocular, reflexos do tronco cerebral ou padrão respiratório (Iyer et al., 2009).

Realizar apenas o registo de acordo com a escala de coma de Glasgow revela-se incompleto para avaliação neurológica e em especial em doentes sedados e ventilados. Acaba por se revelar mais uma escala de avaliação de sedação (Nassar, Neto, de Figueiredo, & Park, 2008). Esta situação levou à reflexão com o meu orientador e conduziu a uma pesquisa bibliográfica sobre a existência de outras escalas.

Após a realização da pesquisa encontrei vários artigos que fazem referência à escala FOUR SCORE. O sistema de pontuação FOUR foi desenvolvido em 2005, por Wijdicks et al. A escala avalia quatro variáveis: resposta ocular (E), resposta motora (M), reflexos do tronco cerebral (B) e padrão de respiração (R). É de fácil aplicação e fornece mais detalhes neurológicos se comparada à ECG (Oliveira, Pereira, & Freitas, 2014) (Wijdicks, Bamlet, Maramattom, Manno, & McClelland, 2005). Isoladamente a ECG revela-se incompleta. Apesar de ser amplamente

¹⁶ D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas; D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

utilizada, a ECG apresenta falhas ou limitações, entre elas a impossibilidade de avaliar a pontuação verbal em paciente intubado ou afásico, e exclui a avaliação dos reflexos do tronco cerebral (D. M. da P. Oliveira et al., 2014). A utilização da escala FOUR Score podia ser um complemento importante na avaliação neurológica destes doentes. Tanto a escala de coma de Glasgow com a FOUR score, são escalas de fácil utilização (Murthy, 2009).

Após a reflexão sobre a utilização destas duas escalas e a pesquisa bibliográfica realizada, partilhei a informação recolhida com os restantes elementos da equipa. Para alguns elementos a escala era desconhecida, no entanto referiram já ter refletido sobre as limitações da ECG. Por outro lado, alguns elementos da equipa médica já tinham trabalhado com a escala FOUR Score não sendo, contudo, uma prática implementada. Esta partilha sublinha a importância da constante atualização, reflexão no sentido de melhorar as práticas de acordo as evidências científicas mais recentes (Craig & Smyth, 2004).

Além da correta avaliação neurológica nesta UCI, frequentemente os doentes estão sedados para neuroprotecção e prevenção de lesão secundária, como referido anteriormente. De acordo com a terapêutica administrada e doses de administração o doente pode encontrar-se mais ou menos sedado. A aplicação de escalas de sedação foi relacionada a melhores resultados e a avaliação frequente do nível de consciência com escala de sedação é altamente recomendada em orientações de prática clínica. A utilização de escalas de sedação em contexto de UCI permite uma avaliação do nível de sedação frequente e com isto permite um melhor ajuste das doses de sedativos administrados. Para medir o nível de consciência, a escolha de uma escala de sedação pode ser feita entre várias como Ramsay Sedation Scale (RSS); Sedation Agitation Scale (SAS); Motor Activity Assessment Scale (MAAS); Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) ou Adaptation to Intensive Care Environment (ATICE).

A ferramenta ideal de avaliação da sedação na prática clínica em Unidades de cuidados intensivos deve avaliar: O nível de sedação e agitação, ser simples e fácil de usar, ter categorias bem definidas, incluindo descrição do nível de consciência, agitação, dor e sincronização ventilatória. Esta deve também ter validade e confiabilidade para doentes internados em UCI (Waldmann, 2010). Ainda não existe

um consenso internacional sobre qual a ferramenta ideal a utilizar pois as diferentes escalas variam nas dimensões que avaliam (tabela 3)

Tabela 6 - Escalas de sedação e dimensões avaliadas

Escala	Estado de consciência	Agitação	Sincronia ventilatória	Dor	Compreensão
Ramsay	*	*			
SAS	*	*			
MASS	*	*			
RASS	*	*	*		
ATICE	*	*	*	*	*

Ramsay = Ramsay Scale; SAS = Sedation Agitation Scale; MAAS = Motor Activity Assessment Scale; RASS = Richmond Agitation Sedation Scale; ATICE = Adaptation to Intensive Care Environment

Fonte: Traduzido e adaptado de Waldmann, C. (2010). Using and understanding sedation scoring systems. *Journal of the Intensive Care Society*, 11(2), p.15

A escala de avaliação de sedação utilizada nesta UCI, é RSS e a que utilizo no meu serviço é a RASS. Ambas estão inseridas no programa informático utilizado no serviço. Ao utilizar a RSS deparei-me com algumas limitações da escala e questionei os colegas sobre o porquê de usarem esta escala em vez da RASS. A grande maioria acreditava ser a escala adequada apesar de reconhecerem algumas das suas limitações. No entanto por ser uma prática já implementada e alguns dos elementos não conhecerem a RASS, mantiveram a aplicação desta escala. Nesta reflexão alguns elementos da equipa questionaram-me sobre a possibilidade de lhes explicar como utilizamos a escala no meu serviço e o porquê

de a usarmos¹⁷. Um dos principais motivos pela qual esta escala é utilizada prende-se com o facto de ser a utilizada para a aplicação da escala de avaliação do *delirium* a Confusion Assessment Method in the ICU (CAM-ICU) (Vyveganathan et al., 2019), escala que também é aplicada no meu serviço. A CAM-ICU é uma escala de avaliação do *delirium* validada para português e uma das mais utilizadas (Gusmao-Flores et al., 2011). Outro facto que constatei foi que a equipa médica utilizava a RASS em vez da RSS. Verificou-se, portanto, a necessidade da parte da equipa de enfermagem de ficar a conhecer a escala, perceber como pode ser utilizada e assim uniformizar as práticas no serviço. Surgiu aqui a oportunidade de realizar formação no serviço sobre esta temática¹⁸. Para além do referido uma das colegas tinha já iniciado um trabalho que pretendia desenvolver no serviço que passa pela aplicação da CAM-ICU o que não seria possível sem a aplicação da escala de RASS. A necessidade desta formação foi discutida com a enfermeira Chefe que se mostrou disponível para a sua realização e para iniciar o processo de aplicação desta escala em substituição da anterior. Para a realização desta formação realizei pesquisa bibliográfica que me deu suporte na formação realizada¹⁹. Um dos objetivos da formação era perceber porque deveríamos utilizar uma escala em prol da outra. De acordo com a pesquisa realizada pude verificar que a primeira publicação sobre a utilização da escala de Ramsay foi em 1974 num estudo sobre a utilização de um sedativo (Alphaxalone-alphadolone) e desde essa publicação que esta escala tem sido usada em vários estudos de investigação e considerada um dos melhores instrumentos de avaliação para medir o nível de sedação em doentes críticos (Waldmann, 2010). É uma das mais usadas em estudos clínicos, contudo, alguns autores sugeriram que os níveis de sedação de Ramsay não são conclusivos (Namigar et al., 2017). Uma forte correlação entre as escalas RSS e RASS foi observada no estudo de Namigar et al, o que confirma o valor desses critérios de mensuração. Estas ferramentas podem, portanto, ser usadas pela equipa da UCI para garantir o conforto do doente sem o excesso de sedação.

¹⁷ D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas; D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

¹⁸ D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.

¹⁹ D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Na avaliação de agitação e sedação em doentes adultos internados em UCI, a RASS é tanto confiável (grande concordância interavaliador) quanto válida (grande correlação com a escala RASS) (2017).

A RASS é fácil e rápida de usar e validada tanto para doentes do foro médico como do foro cirúrgico, com ou sem ventilação mecânica (Waldmann, 2010). A RASS foi originalmente criada apenas para ser usada em doentes sedados para monitorização do nível de sedação. Tem níveis de pontuação limitados para o estado de inquietação e agitação, com apenas um nível para descrever a agitação. Por outro lado, a RASS é constituída por vários níveis de pontuação para avaliação tanto da agitação como da sedação e torna-se por isso uma ferramenta mais eficaz na perceção de ambos. Ao contrário de outras escalas, a escala de RASS pode ser usada em todos os doentes internados incluindo os doentes não sedados. Para complementar a RASS é a escala utilizada no primeiro passo da escala de avaliação do *delirium*, a CAM-ICU que é uma escala validada para a avaliação do *delirium* dos doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos, como referido anteriormente (Rasheed et al., 2018). Com base nesta pesquisa realizei a formação que apresento no (Apêndice III).

Durante a formação houve lugar para discussão e reflexão conjunta e foi possível verificar que os colegas adquiriram as principais ferramentas para a utilização da escala de RASS, sendo que a pertinência desta formação foi novamente sublinhada por todos os elementos²⁰.

Esta formação insere-se no meu segundo objetivo delineado, uma vez que fez parte do processo iniciado do serviço para aplicação da CAM-ICU, ferramenta que o serviço pretende utilizar para avaliação do *delirium*. Não é uma prática desenvolvida no serviço, mas um projeto em evolução. Relativamente às intervenções de enfermagem na sua prevenção que referi anteriormente, a equipa demonstra estar desperta para essa problemática e implementa na sua maioria várias das intervenções descritas na bibliografia. Verifiquei e colaborei nas seguintes intervenções, relativamente ao ambiente: providenciar de óculos e aparelhos auditivos, facultar objetos familiares durante a visita, reduzir volume dos alarmes

²⁰ D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.

do monitor e telefones. Relativamente à promoção sono: Proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável, facilitar luz adequada ao ciclo circadiano e redução do ruído, providenciar, se necessário, indutores do sono, evitar que a pessoa durma durante o dia e evitar procedimentos durante a noite. Relativamente à intervenção terapêutica precoce: Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas, prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia, proporcionar mobilização precoce e exercício, proporcionar fármacos indutores do sono/sedativos adequados à prevenção do *delirium* precocemente, remover cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infeção, proporcionar um controlo adequado da dor, monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente. Relativamente à avaliação cognitiva e orientação: avaliar o conhecimento com posterior orientação dos doentes quanto ao local e suas características, data/ hora e razão pela qual está na UCI, identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados, explicar os sons que poderá ouvir, de bombas infusoras, monitores, ventiladores, permitir visitas de familiares/pessoas significativas, facilitar comunicação verbal/ não verbal adequados aos doentes, minimizar as restrições físicas (apenas perante quadros de agitação severa, para proteção do doente). Relativamente aos protocolos existentes não verifiquei a aplicação de nenhum, no entanto, de acordo com a implementação futura da CAM-ICU, estaria no plano a implementação da Bundle ABCDEF (coordenação entre a redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha adequada da analgesia/sedação, monitorização do *delirium*, mobilização precoce, *empowerment* familiar). Relativamente à participação dos familiares: permitir a inclusão dos familiares na prestação de cuidados, incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com o doente, explicar à família quando ocorre o *delirium*, do que se trata, que é uma situação temporária e que melhora após tratamento. Relativamente à formação dos enfermeiros e ensino dos doentes: Informar o doente das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer. Pude facultar à equipa bibliografia acerca da fisiopatologia, monitorização, fatores de risco, escalas de avaliação e intervenções não farmacológicas do *delirium*

3. CONCLUSÃO

Encontrando-me na fase final deste percurso é com orgulho que reconheço ter evoluído como pessoa e como enfermeira. As várias etapas contempladas no âmbito deste mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitiram-me adquirir e desenvolver competências que me deram as ferramentas necessárias para dar resposta à crescente exigência técnica e científica que cada vez mais abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na realização deste relatório penso ter conseguido transmitir, suportada na análise crítica e reflexiva de algumas situações vivenciadas, a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da Pessoa em Situação Crítica tal como previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, presente no Regulamento n.º 140/2019 (pág. 4744). As situações relatadas traduzem para mim as que considerei ter tido um impacto particularmente significativo, no meu agir pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. Neste sentido, foi possível cumprir na generalidade os objetivos traçados nos projetos de estágio, reajustando na medida do necessário a sua implementação nos diferentes contextos dos cuidados. O desenvolvimento de competências nos diversos contextos de estágio tiveram por base a revisão da literatura efetuada, o pensamento reflexivo e o estabelecimento de relações de trabalho enriquecedoras com as equipas, com o objetivo de partilha, aprofundar de conhecimentos e aquisição de competências especializadas.

A escolha do tema para a realização da RIL, teve por base o facto de o *delirium* ser uma condição que frequentemente surge em doentes internados em UCI e que está associado a um maior tempo de ventilação mecânica, com maior tempo de

permanência na UCI e maior risco de mortalidade (Herling et al., 2018). Por outro lado, trata-se de uma área de interesse pessoal que pretendo desenvolver no futuro.

Este processo de formação implicou esforço e investimento dado a limitação de tempo para explorar outras temáticas e desenvolver outros projetos a médio/longo prazo que gostaria de ter desenvolvido, no entanto as oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento foram gratificantes e com estas consegui estabelecer alguns projetos futuros. Nomeadamente continuar a divulgação dos resultados obtidos na RIL, tanto em eventos científicos como no meu local de trabalho com formação em serviço. Neste contexto está prevista uma comunicação livre sobre o tema *delirium* no VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Portuguesa, a realizar em Maio de 2020.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes-daly, M. A., Phillips, G., & Ely, E. W. (2017). *Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients**. 171–178. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (3rd ed.; P. Benner, Ed.). Coimbra: Quarteto editora.
- Bourn, S., Wijesingha, S., & Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient Learning objectives. *BJA Education*, 18(3), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.11.008>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*.
- Da Silva Baptista Faria, R., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- De Barros, M. A. A., De Oliveira Figueirêdo, D. S. T., Fernandes, M. das G. M., Ramalho Neto, J. M., & Macêdo-Costa, K. N. D. F. (2015). Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2738. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2738-2748>
- Desai, M., & Jain, A. (2018). Neuroprotection in traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgical Sciences*. <https://doi.org/10.23736/S0390-5616.18.04476-4>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gelinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *CRITICAL CARE MEDICINE*, 46(9), E825. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Franco, B., Busin, L., Chianca, T. C. M., Moraes, V. M., Pires, A. U. B., & Lucena, A. de F. (2018). Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem TT - Asociación entre el Sistema de Triage Manchester y el diagnóstico de enfermería TT - Association between Manchester Triage System discriminators and . *Rev. Gaúch. Enferm*, 39, e2017–e2017. Retrieved from http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100430
- Gomes, A. I., Mascarenhas, I. C., & Alves, M. M. (2015). *Promoting Interventions Of Sleep And Comfort In Intensive United Care Patients*. 2(2), 94–103. <https://doi.org/10.15640/ijn.v2n2a11>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martins, M. (2017). Inter-hospital transport of critically ill patients: the reality of a hospital in the Northeast region of Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/riv17042>
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C. D., de Lima, M. A.

- S. D., ... Quarantini, L. C. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*, 66(11), 1917–1922. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>
- Hamzehpour, H., Valiee, S., Majedi, M. A., Roshani, D., & Seidi, J. (2018). The effect of care plan based on roy adaptation model on the incidence and severity of delirium in intensive care unit patients: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(11). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/36366.12256>
- Henao-Castaño, A. M. arí., & Amaya-Rey, M. C. D. e. P. (2014). Nursing and patients with delirium: a literature review. *Investigación y Educación En Enfermería*, 32(1), 148–156. <https://doi.org/10.1590/S0120-53072014000100017>
- Herling, S., Greve, I., Vasilevskis, E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A., ... T, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Library*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Iyer, V. N., Mandrekar, J. N., Danielson, R. D., Zubkov, A. Y., Elmer, J. L., & Wijidicks, E. F. M. (2009). Validity of the FOUR score coma scale in the medical intensive care unit. *Mayo Clinic Proceedings*. <https://doi.org/10.4065/84.8.694>
- Kang, J., Lee, M., Ko, H., Kim, S., Yun, S., Jeong, Y., & Cho, Y. (2018). Effect of nonpharmacological interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 48, 372–384. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.032>
- Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36–47. <https://doi.org/10.4037/ccn2017531>
- Miguel, R., Correia, L., Conceição, I., & Cerejeira, S. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 0(49), 153–171.
- Ministério da Ciência, T. e E. S. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 157, 4147–4182.
- Monteiro Pereira, M. S., Guedes, H. M., DeOliveira, L. M. N., & Amado Martins, J. C. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 93–102. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16079>
- Munro, C. L., Cairns, P., Ji, M., Calero, K., Anderson, W. M. D., & Liang, Z. (2017). Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention – A pilot randomized controlled trial. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 46(4), 234–238. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.05.002>
- Murthy, T. (2009). A new score to validate coma in emergency department — FOUR score. *The Indian Journal of Neurotrauma*. [https://doi.org/10.1016/s0973-0508\(09\)80028-2](https://doi.org/10.1016/s0973-0508(09)80028-2)
- Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanil sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>
- Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003>

- Neves, M. do C. P., & Pacheco, S. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem* (G.C.-Grá). Coimbra.
- Oliveira, D. M. da P., Pereira, C. U., & Freitas, Z. M. da P. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery*. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626195>
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: Abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179–192.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , nº26 Diário da República, 2ª série § (2019).
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. , (2008).
- Rabiais, I. (2014). *A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado - a natureza da interação no processo de cuidar*.
- Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., PJ, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2018). RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *Health Science Journal*. <https://doi.org/10.21767/1791-809x.1000604>
- Rn, Y. P., Student, G., Rn, Z. J., Wang, L., Yuan, C., Rn, J. Z., ... Zhou, J. (2018). *Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case – control study*. (February), 1950–1957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14334>
- Rodrigues, M. D. S., Galvão, I. M., & E Santana, L. F. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina*, 96(4), 278. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>
- Rompaey, V., Rompaey, B. Van, Elseviers, M. M., Drom, W. Van, Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controle. *Critical Care*, 16(3), R73. <https://doi.org/10.1186/cc11330>
- Sá, F. et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sampaio, F., & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 125–134. <https://doi.org/10.12707/riii12127>
- Smith, M. & Parker, M. (2015). Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice. In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed*. Retrieved from <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>
- Smith, C. D., & Grami, P. (2017). FEASIBILITY AND EFFECTIVENESS OF A DELIRIUM PREVENTION BUNDLE IN CRITICALLY ILL PATIENTS. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 26(1), 19–27. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017374>

- Smith, M. (2011). *Neurocritical Care* Edited by John P Adams, Dominic Bell, Justin McKinlay Spinger-Verlag 2010 Price £58.99. Pp 177 ISBN 978 1 84882 069 2. *British Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12968/hmed.2011.72.5.297>
- Tovar, G., Omaira, L., Suarez, D., & Muñoz, L. C. (2016). Evidence -and Betty Neuman ' s model- based nursing care to prevent delirium in the intensive care unit Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman , para controlar Patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) are exposed. *Enfermería Global*, 41, 64–77.
- van de Pol, I., van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>
- Vyveganathan, L., Izaham, A., Wan Mat, W. R., Peng, S. T. S., Rahman, R. A., & Manap, N. A. (2019). Delirium in critically ill patients: Incidence, risk factors and outcomes. *Critical Care and Shock*, 22(1), 25–40.
- Waldmann, C. (2010). Using and understanding sedation scoring systems. *Journal of the Intensive Care Society*, 11(2), 15–16. <https://doi.org/10.1177/17511437100112S106>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.018>
- Wijdicks, E. F. M., Bamlet, W. R., Maramattom, B. V., Manno, E. M., & McClelland, R. L. (2005). Validation of a new coma scale: The FOUR score. *Annals of Neurology*. <https://doi.org/10.1002/ana.20611>

ANEXOS

ANEXO I - Protocolo Via Verde AVC

VIA VERDE AVC

PROTOCOLO DE TROMBÓLISE

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) AGUDO < **3H**

AVALIAÇÃO MÉDICA E NEUROLOGICA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

COLHEITA DE SANGUE - ETIQUETA VIA VERDE -
LABORATÓRIO

(Hemograma, Plaquetas, APTT, INR, Ionograma, Glicémia, Ureia,
Creatinina, TGO, TGP)

ECG



TAC



UNIDADE DE AVC (se critérios)

ANEXO II - Programa do Congresso Internacional do Doente Crítico 2019

Workshops

Ecografia em Urgência e Emergência:
23/10 - das 9h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.07

Ventilação Não Invasiva:
23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.04

Ventilação Mecânica Invasiva:
23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.05

Via Aérea para Enfermeiros:
23/10 - das 13h às 15h - IPS/ESS - Sala B1.04

Técnicas de Trauma:
23/10 das 14h às 16h - IPS/ESS - Sala B1.05

Alta Fluxo:
23/10 das 15h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.04

Apoios

INTERSURGICAL



Comissão Científica

Cláudia Alfarrobinha, Carlos Ferreira, Catarina Branco, Katherine Santos, Paulo Monteiro, Pedro Caldeira, Pedro Vasconcelos, Sónia Sousa

Comissão Organizadora

André Pais-Martins, Casimiro Correia, Diana Curto, Dulce Gonçalves, Ilda Lourenço, Isabel Pêso-Alvo, João Raimundo, Mónica Trindade, Rita Mateus, Rui Félix

SEJA SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

www.apenfermeiros.pt

Organização

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS
Contribuinte : 501313818
Estrada do Paço do Lumiar,
lote R1, lojas A e B - Bairro da Horta Nova
1600-543 Lisboa, Portugal
www.apenfermeiros.pt

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Instituto Politécnico de Setúbal

24-25 Outubro

Partilhe o seu trabalho em poster ou comunicação livre
regulamento em www.apenfermeiros.pt

- Mesa Abertura | 24'out | 09:00 - 09:30

Representante da OE - Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Sul | Enº Sérgio Branco

Representante da CM Setúbal - Vereador do Departamento de Educação e Saúde (DES) | Dr. Ricardo Oliveira

Representante do IPS - Vice-Presidente do Conselho Científico e Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Representante da Comissão Científica DC19 | Enº Especialista Pedro Vasconcelos

Representante da APE - Vice-Presidente | Enº Dulce Gonçalves

- Mesa 1 | 24'out | 09:30 - 10:30

- Catástrofe e Intervenção Humanitária

Moderador | Enf. Luis Gonçalves, Força Aérea Portuguesa

Triagem em Mass Casualty Incidents | Enf. João Lourenço (Instrutor do International Trauma Life Support) | Dr. André Simões (Capitão-Médico GNR; VMER Médio Tejo e Heli 3)

O Papel da Enfermeira na Intervenção Humanitária | Enº Célia Paiva (Médicos do Mundo)

- 10:30 - 11:00 | Coffee-Break

- Mesa 2 | 24'out | 11:00 - 12:30

- Via Verde PCR e Dador de Coração Parado

Moderador | Enf. Fernando Rodrigues, Director do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

E-CPR | Enf.ª Cristina José (Unidade Urgência Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)

Manutenção do Dador | Enf. Hugo Marques (Serviço Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Identificação do Dador | Enf.ª Vanda Palmeiro (Instituto Português do Sangue e Transplantação)

- 12:30 - 13:00 | Apresentação de Comunicações Livres

- Mesa 3 | 24'out | 14:00 - 15:30

- Criança em Situação Crítica

Moderador | Enf. Cláudia Alfarrobinha, Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal

O Transporte da Criança em Situação Crítica

- O transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
- O Transporte Intra-Hospitalar | Dr.ª Cristina Camilo (UCIPED, CHLN) | Enf. Rui Pereira (Enfermeiro, Hospital Espírito Santo de Évora, VMER e Serviço de Urgência pediátrica)

Cetoacidose Diabética | Dr.ª Susana Parente (Pediatria, Hospital São Bernardo, Setúbal)

- 15:30 - 16:00 | Coffee-Break | Apresentação de Pósteres

- Mesa 4 | 24'out | 16:00 - 17:30

- Serviço de Urgência: O Caso Organizado?

Moderador | Enf.ª Sónia Sousa, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal

O Papel da Triagem de Manchester | Dr. Luís Cuña (Coordenador Médico do Atendimento Permanente, Hospital CUF Descobertas)

A visão da Enfermeira da prática | Enf. Miguel Pinto Pedrosa (Serviço de Urgência, Hospital Espírito Santo de Évora)

Telessaúde | Enf. João Oliveira (TELESSAÚDE)

Unidade de Hospitalização Domiciliária | Enf. Filipe Dias (Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta)

- Mesa 5 | 25'out | 09:00 - 10:30

- Update em Cuidados Críticos

Moderador | Enf.ª Ilda Lourenço, Grupo de Coordenação Local PPCIRA, HSJ, Centro Hospitalar Lisboa Central

Sépsis - Novas Bundles | Dr.ª Ana Sofia Coelho (Directora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

Via Verde de Trauma num Hospital Central | Enf. José António Silva (Serviço de Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Cuidados Pós-Reanimação | Dr.ª Mónica Anselmo (Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Fernando Fonseca, Amadora)

- 10:30 - 11:00 | Coffee-Break

- Mesa 6 | 25'out | 11:00 - 12:30

- O Enfermeiro no Pré-Hospitalar

Moderador | Enf. Pedro Caldeira, VMER Cascais

Barcelona: Código Trauma | Dr. Agustí Ruiz (Director Gerente do IEM, Coordenador do Grupo do SWA em Trauma do CCR e Director do Mestrado em Assistência Integral em Urgências e Emergências)

Apores: E quando não é para reanimar? | Enf. Luis Viegas (Serviço de Urgência, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Unidade de Evacuações Aéreas e SV Terceira)

Eslovénia: O Enfermeiro no Sistema de Emergência Esloveno | Enf. Anton Posavec (Enfermeiro, Slovenian Emergency Service)

O Enfermeiro na Triagem e Aconselhamento na Linha 112 | Enf. Ismael Abreu (Serviço Regional de Protecção Civil, IP - Região Autónoma da Madeira)

- Mesa 7 | 25'out | 14:00 - 15:30

- Desafios para a Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Moderador | Enf. Paulo Monteiro, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Equipas de Emergência Interna | Enf. Miguel Oliveira (Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital São Bernardo, Setúbal)

Ecografia no PH | Dr. Salvador Sarrá (Coordenador da área formativa de ECO FAST do IEM e Director do Serviço de Urgências do HUSant Joan de Reus)

Registos na Emergência Pré-Hospitalar: I-TEAMS | Dr.ª Filipa Barros (INEM)

- 15:30 - 16:00 | Coffee-Break | Apresentação de Pósteres

- Mesa 8 | 25'out | 16:00 - 17:00

- Controvérsias no Cuidado ao Doente Crítico

Moderador | Enf. Pedro Vasconcelos (ACLS - Advanced Cardiac Life Support)

Adrenalina na PCR | Dr. Francisco Abecassis (Intensivista Pediátrico, UCIPED do HSM) | Enf. Pedro Caldeira (Enfermeiro na VMER Cascais)

VA Definitiva na PCR | Dr.ª Mónica Anselmo (Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Fernando da Fonseca)

- Conferência de Encerramento | 25'out | 17:00 - 17:30

Intervenção Humanitária Internacional | Dr. Nelson Olim (Who Trauma Coordinator-Gaza)

- Mesa de Encerramento | 25'out | 17:30 - 18:00

Coordenadora do Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS | Prof. Doutora Alice Ruivo

Representante da Comissão Científica do DC19 | Enº Pedro Vasconcelos

Representante da APE | Enº João Raimundo

ANEXO III - Certificado de presença do Congresso Internacional do Doente Critico
2019

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Cátia Filipa Nobre**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. En^a João Fernandes)

APÊNDICE I - Tabela de artigos selecionados na RIL

Autor/Ano/ País	Tipo de Estudo/Amostra/ Contexto	Objetivo do Estudo	Nível de Evidência e Grau de Recomendação/ QM	Conceito/Intervenções	Resultados/Conclusões
Johnson, Fleury, & McClain/ (2018)/ (Estados Unidos da América)	<p>Estudo randomizado controlado. 40 doentes incluídos.</p> <p>Doentes com idade >= 55 anos. Doentes conscientes, orientados na pessoa, tempo e espaço na admissão; método de avaliação de confusão (CAM-ICU) negativo na admissão; capacidade de ouvir música reproduzida de um iPod; capacidade de fornecer consentimento para a participação no estudo; na UCI Trauma e Unidade Trauma Ortopédico- Hospital em Phoenix- Arizona.</p> <p>1 grupo recebe a intervenção - musicoterapia. 1 grupo de controlo (sem intervenção).</p>	<p>Avaliar a intervenção musicoterapia para a prevenção do <i>delirium</i> nos doentes internados na UCI de Trauma e UCI de Trauma Ortopédico; através da diminuição de variáveis fisiológicas: Pressão Arterial Sistólica (PAS), frequência cardíaca (FC) e Frequência respiratória (FR).</p>	1B- A/QM=10	<p>- Avaliação do CAM-ICU na admissão e a cada 12 horas.</p> <p>- O grupo de intervenção (recebeu phones e iPod numerados) foi sujeito à musicoterapia durante 60 minutos, música pré-selecionada (estilo: Sintetizador; Harpa; Piano; Orquestra; Jazz), duas vezes por dia, às 14h00 e às 20h00 três dias após a admissão, com tom baixo, ritmo lento e repetitivos para alterar respostas fisiológicas.</p>	<p>- O CAM-ICU permaneceu negativo em ambos os grupos.</p> <p>- Verificou-se diminuição da FC, FR, PAS no grupo de intervenção.</p> <p>- A música aborda mecanismos fisiopatológicos que contribuem para o <i>delirium</i>, tais como: desequilíbrio de neurotransmissores, inflamação e estressores fisiológicos agudos.</p> <p>- A música regula, o stress, emoções através de respostas reflexas do tronco encefálico causadas por composições musicais suaves: ritmo lento, tom baixo ritmos repetitivos.</p> <p>-A música forneceu um suporte para prevenir o delírio de forma eficaz e seguro, em ambiente de terapia intensiva.</p>
Hamzhepour, Valiee, Majedi, Roshani, & Seidi/(2018)/ (Irão)	<p>Estudo Randomizado Controlado, triplo cego. 100 doentes incluídos</p> <p>Idade >= 18 anos; Escala Coma Glasgow >7; ausência doença mental, em 2 UCI- Hospital Besat, Sanandaj, Irão.</p> <p>50 grupo controlo e 50 grupo de intervenção. Março 2016 até Setembro 2016.</p>	<p>Avaliar o efeito do plano de cuidados baseado no modelo de adaptação de Roy sobre a incidência e gravidade do <i>delirium</i> em doentes em UCI.</p>	1B- A/QM=10	<p>- Prestada formação de acordo com o Modelo de Roy aos enfermeiros: métodos de identificação e classificação de estímulos efetivos nos comportamentos fisiológicos; métodos de deteção das características e sintomas do <i>delirium</i> como comportamentos desadaptativos dos doentes.</p> <p>- Avaliação e identificação fatores para o <i>delirium</i>: distúrbios hidroeletrólíticos, fatores perturbadores de sono e repouso, hipóxia, estímulos sensoriais como luz e som.</p> <p>- Converter o comportamento desadaptativo (<i>delirium</i>) em comportamento adaptativo em sete</p>	<p>- O plano de cuidados baseado no modelo de adaptação de Roy reduziu a incidência e a gravidade do <i>delirium</i> em doentes internados em UCI.</p> <p>- A maior gravidade do <i>delirium</i>, foi no quarto dia, tanto no grupo de intervenção e controlo e ao longo do tempo a incidência de <i>delirium</i> diminuiu em ambos os grupos no sétimo dia. A incidência de <i>delirium</i> no turno da noite foi menor que o turno diurno.</p> <p>- A organização de diferentes intervenções de enfermagem, em conjunto com intervenções médicas e farmacológicas conseguiram diminuir a incidência e a gravidade do <i>delirium</i> na UCI.</p> <p>- Recomenda-se o uso deste modelo para modificar</p>

				<p>dimensões fisiológicas: equilíbrio hidroeletrólítico, nutrição, sono, atividade e mobilidade, excreção, condições de oxigênio e circulação e regulação endócrina.</p> <p>- A incidência e gravidade do <i>delirium</i> em ambos os grupos intervenção e controle foram medidos durante sete dias, duas vezes por dia de manhã (6-9h) e à noite (18-19h). O <i>delirium</i> foi medido pela NEECHAM Confusion Scale.</p>	<p>comportamentos incompatíveis em doentes internados em UCI.</p>
<p>Kang et al. (2018)/ (República da Coreia)</p>	<p>Revisão Sistemática e Meta-Análise</p> <p>Participantes: >= 18 anos, admitidos na UCI.</p> <p>Intervenção: intervenções não farmacológicas para a prevenção do <i>delirium</i>.</p> <p>Comparação: Cuidado usual.</p> <p>Resultado: Ocorrência ou duração do <i>delirium</i> na UCI.</p> <p>Tipo estudos incluídos: qualitativos que investigaram intervenções não farmacológicas para prevenção do <i>delirium</i> da UCI; publicados em revista entre 2007 e 2016 e em inglês.</p> <p>35 estudos: 15 metanálises (11 randomizado controlado, 1 controlado clínico e 3 controlado antes e após estudo) e 20 estudos coorte.</p>	<p>Classificar as intervenções não farmacológicas utilizadas para prevenir o <i>delirium</i> na UCI e avaliar a sua eficácia.</p>	<p>1A- B/QM=10</p>	<p>- Variáveis de resultado: Ocorrência de <i>delirium</i>, duração do <i>delirium</i>, tempo de permanência na UCI e a mortalidade na UCI foram definidas como variáveis de resultado na avaliação dos efeitos da intervenção.</p> <p>- Instrumentos de avaliação do <i>delirium</i> usados: CAM-ICU; ICDSC; Escala de confusão Neelon e Champagne (NEECHAM); CAM, Score detecção <i>delirium</i>, Escala de Rastreo de Observação Delirante; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV, e diagnóstico pelo neurologista.</p> <p>- As intervenções não farmacológicas utilizadas para a prevenção do <i>delirium</i> da UCI, foram classificadas em 9 categorias: multicomponentes (combinação de algumas das nove intervenções, e a bundle ABCDE; ambiente físico (modificação do ambiente para</p>	<p>-As Intervenções não farmacológicas foram eficazes na redução da duração e ocorrência de <i>delirium</i>, mas não no tempo de permanência e mortalidade na UCI.</p> <p>- As intervenções não farmacológicas foram classificadas em multicomponentes (16 estudos- 45,7%), ambiente físico (9 estudos- 25,7%), interrupção diária da sedação, exercício precoce, educação do doente (2 estudos cada-5,7% cada), sistema de alerta automático, melhoria da hemodinâmica cerebral, participação da família e protocolos de redução da sedação (1 estudo cada- 2,9%).</p> <p>- Nos estudos analisados, as intervenções multicomponentes (45,7%) e ambientais (25,7%) foram os métodos mais utilizados.</p> <p>- A maioria das intervenções preventivas concentram-se na avaliação, monitorização e controlo dos fatores risco.</p>

				<p>estimulação apropriada enquanto reduz a estimulação desnecessária à noite); interrupção diária da sedação; exercício precoce; educação do doente; sistema de alerta automático ; melhoria da hemodinâmica cerebral; participação da família e protocolo de redução da sedação (protocolo de analgesia, sedação e <i>delirium</i>, escala RASS a cada quatro horas e CAM-ICU duas vezes ao dia).</p>	
<p>Martínez, Donoso, Marquez, & Labarca/ (2017)/ (Chile)</p>	<p>Estudo quase-experimental: antes e após estudo 287 doentes incluídos.</p> <p>Idade >= 18 anos, na UCI do Hospital Naval Almirante Nef (Chile)</p> <p>Maio 2014- Agosto 2014 (etapa de diagnóstico)- 60 doentes</p> <p>31 Agosto 2014- 31 Agosto 2015 (implementação de multicomponentes) 227 doentes</p>	<p>Avaliar a eficácia e descrever a estratégia da intervenção de multicomponentes para a prevenção do <i>delirium</i> no doente crítico.</p>	<p>1B- A/QM=8</p>	<p>- Avaliação do CAM-ICU a cada 12 horas, pelo enfermeiro, com sedação suspensa.</p> <p>- O plano de intervenção é executado pela equipa multidisciplinar: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas.</p> <p>- A estratégia de intervenção tem 10 componentes: e mobilização precoce; orientação diária (relembrar pelo menos duas vezes por dia a data, hora e local; explicar a razão da admissão); prevenção da privação sensorial (disponibilizar aparelhos auditivos e leitura quando aplicável); restrição de drogas com potencial para desencadear delírio; controlo da dor; higiene do sono (realizar procedimentos durante o dia, medicação indutora do sono, quando necessário); estimulação ambiental (providenciar calendários e relógio visível, objetos familiares); monitorização do débito urinário e eliminação intestinal</p>	<p>- A intervenção multidisciplinar foi eficaz na prevenção do <i>delirium</i>: Na fase de diagnóstico 23 doentes (38%) desenvolveram <i>delirium</i>, enquanto que na fase de intervenção 55 doentes (24%), uma redução significativa.</p> <p>- A sedação foi administrada numa percentagem mais alta na fase de intervenção do que na fase de diagnóstico, relacionado com a necessidade de ventilação mecânica (6,4% sem ventilação vs 52,1% com ventilação).</p> <p>- As remoções de dispositivos invasivos diminuíram (15% para 6%), no entanto as sondas de alimentação foram os dispositivos mais removidos.</p> <p>- A participação precoce de toda a equipa, a liderança compartilhada e o fornecimento de tarefas concretas foram fundamentais para o sucesso desta intervenção.</p>

				(se retenção urinária algiação e prevenir obstipação); minimização de restrições físicas (usar apenas transitoriamente e quando agitação severa/perigosa); promover a participação dos familiares no cuidado.	
Munro et al. (2017) / (Estados Unidos da América)	<p>Estudo Randomizado Controlado, prospetivo. 30 doentes incluídos</p> <p>Idade >= 18 anos; admissão UCI >= 24 horas, em 5 UCI - UCI: Médica, Cardiotorácica, Vascular, Cirúrgica de Trauma e Médica Respiratória. Hospital Geral Tampa- Sudeste dos EUA.</p> <p>3 grupos: 10 doentes receberam mensagens de reorientação automática na voz de um familiar; 10 doentes receberam as mesmas mensagens em voz desconhecida; e 10 doentes (grupo controle) não receberam reorientação automatizada.</p>	- Verificar se o fornecimento de orientação contínua do ambiente da UCI através de mensagens de áudio gravadas reduziria o risco de <i>delirium</i> em adultos criticamente doentes; voz familiar e voz desconhecida foram testadas contra voz não gravada (controle).	1B- A/ QM=10	<p>- Utilização de mensagens de áudio gravadas automatizadas, reproduzidas em intervalos de uma vez por hora, das 9h às 16h, durante 3 dias, para fornecer informações sobre o ambiente ao doente.</p> <p>- Mensagens não superiores a 2 minutos, durante o período diurno, com o nome do doente (nome preferido conforme recomendado pela família do doente), hora do dia, dizer que a mensagem foi gravada, que se encontra na UCI, informações acerca do ambiente da UCI, dos estímulos visuais e auditivos e ainda que família e prestadores de cuidados, fazem o melhor por ele.</p> <p>- Mensagem reproduzida através de sistema de áudio da televisão do quarto.</p> <p>- Avaliação do <i>delirium</i> 2 vezes por dias, através do CAM-ICU.</p>	<p>- A reorientação através de mensagens automatizadas gravadas reduziu a incidência de <i>delirium</i> nos doentes da UCI.</p> <p>- A voz da família foi mais eficaz na redução do <i>delirium</i> do que de uma voz desconhecida.</p> <p>- É uma estratégia simples, mas potencialmente poderosa, para fornecer informações estruturadas aos doentes em UCI, e sua eficácia é aprimorada quando a mensagem é entregue na voz de um membro da família.</p> <p>- A facilidade de implementação desta intervenção, combinada com seu baixo custo, torna-a uma estratégia atraente/eficaz para reduzir o risco de <i>delirium</i> em adultos em situação crítica.</p>
Smith & Grami (2017) / (Estados Unidos da América)	<p>Estudo de Coorte controlado. 447 doentes incluídos</p> <p>>= 18 anos em 2 UCI- Médico-Cirúrgicas- Hospital no Texas.</p> <p>1 grupo controle e 1 grupo de intervenção</p>	Avaliar a viabilidade e eficácia da bundle DPB na prevenção de <i>delirium</i> na diminuição da sua incidência; de acordo com a Teoria das Necessidades de Virginia Henderson.	2B- B/QM=9	<p>- Aplicação da DPB, que tem 5 domínios: suspender sedação para doentes sob ventilação mecânica; controlo da dor (avaliação e registo da dor e medidas prestadas); estimulação sensorial (uso de relógios, calendários, técnicas de relaxamento, televisão, orientação da hora, local e data); mobilização precoce (dentes sob</p>	<p>-A DPB de prevenção do <i>delirium</i> foi eficaz na redução da sua incidência em 78%, em doentes em situação crítica.</p> <p>- O aumento da idade, o tempo de permanência na UCI e o uso de ventilação mecânica, está associado ao aumento significativo (3 vezes mais) do risco de <i>delirium</i>.</p> <p>- A suspensão da sedação, foi difícil de alcançar, porque os médicos raramente usavam o protocolo.</p>

				<p>ventilação mecânica com FIO₂ < 70% e Peep <10 cmH₂O, sob técnica dialítica contínua, com múltiplos dispositivos invasivos); promoção do sono (permitir sono durante pelo menos 4 horas, sem interrupções para prestação de cuidados, minimizar o ruído, não administrar hipnótico após as 2h00, escurecimento do ambiente). Na Teoria de Virginia Henderson, estes domínios correspondem às necessidades dos doentes: respirar normalmente; participar de várias formas de recreação; mover e manter posições desejáveis; dormir e descansar; evitar perigos ambientais e ferimentos de outros; comunicar com os outros para expressar emoções, medos ou opiniões.</p> <p>- Aplicação CAM-ICU e a RASS pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>Um protocolo liderado por um enfermeiro pode tornar a suspensão da sedação mais viável.</p> <p>-A componente de promoção do sono, também foi difícil alcançar, devido às luzes e ruído da UCI.</p> <p>-Quanto ao controlo da dor, houve falta de registo dos dados em 70% dos doentes.</p> <p>- Quanto à mobilização precoce, os resultados foram bastante significativos.</p> <p>- Os hospitais devem considerar a implementação de um modelo básico de cuidados de prevenção de <i>delirium</i> que combine estratégias baseadas em evidências com intervenções de enfermagem que se integram na rotina de cuidados na UCI.</p>
<p>Birge & Aydin/ (2017); (Turquia)</p>	<p>Estudo quase-experimental. 95 doentes incluídos e 19 enfermeiros ≥18 anos, fluentes na língua turca; internamento na UCI >=48h, na UCI Médica-Hospital Universitário da Turquia.</p> <p>1 de dezembro de 2012 a 13 de abril de 2014 (fase pré-treino) e entre 1 de agosto e 30 de novembro de 2014 (fase pós treino)</p>	<p>Avaliar o efeito da intervenção não farmacológica no reconhecimento de <i>delirium</i> e nas estratégias de intervenção dos enfermeiros da UCI.</p>	<p>1B- A/QM=8</p>	<p>- Avaliação do doente na admissão: características socio-demográficas, estado de saúde (diagnóstico, tratamento, ventilação mecânica, escala coma glasgow, RASS, escalas de avaliação de gravidade do doente).</p> <p>- Aplicação do CAM-ICU.</p> <p>- Avaliação de fatores de risco de <i>delirium</i>: alterações da audição e visão; procedimentos invasivos; tabagismo e alcoolismo; hipoxia; hipo/hiperglicemia; hipo/hipertermia; alterações da função renal; hipo/hipernatremia; anemia e</p>	<p>-O <i>delirium</i> foi identificado em 26,5% dos doentes na fase de pré-treino, na fase pós-treino diminuiu para 20,9%; devido às mudanças na atuação dos enfermeiros sobre o manuseamento do <i>delirium</i>.</p> <p>- A presença de restrições físicas e hipo/hipernatremia aumentaram significativamente o risco de <i>delirium</i>.</p> <p>-Doentes com <i>delirium</i> têm maior tempo de permanência na UCI, maior número de medicamentos incluídos no tratamento e menor score na escala comas glasgow.</p> <p>- As intervenções não farmacológicas são eficazes na redução da incidência,</p>

				<p>hipoalbuminemia; mobilização restrita; restrição física; presença de ruído.</p> <p>- Avaliação dos enfermeiros: características sociodemográficas e ocupacionais;</p> <p>- Intervenções não-farmacológicas na prevenção do <i>delirium</i>: fornecimento de apoio fisiológico, orientação, mobilização, planejamento ambiental e promoção do sono. Foram facultadas sessões de formação aos enfermeiros, com os seguintes conteúdos: fisiopatologia do <i>delirium</i>, fatores de risco, tipos de <i>delirium</i>, diferença entre o <i>delirium</i> e a demência e a escala de avaliação do <i>delirium</i>; intervenções não-farmacológicas para prevenção de <i>delirium</i> e tratamento médico.</p>	<p>gravidade e duração do <i>delirium</i>.</p> <p>- A formação contínua dos enfermeiros, a avaliação do <i>delirium</i>, usando as ferramentas adequadas e a identificação de fatores de risco e a melhoria da prestação de cuidados, são eficazes na prevenção e tratamento do <i>delirium</i>.</p>
<p>Bounds et al. (2016) (Estados Unidos da América)</p>	<p>Estudo retrospectivo. 159 doentes admitidos.</p> <p>Doentes >= 18 anos; permanência na UCI >= 24 horas. 2 UCI Cirúrgicas e Médicas da Universidade de Maryland Shore Regional Health, em Dorchester e Easton.</p> <p>3 meses antes da implementação da Bundle (Dez 2012-Fev 2013) e 3 meses após (Dez 2013- Fev. 2014).</p>	<p>Quantificar a prevalência e duração do <i>delirium</i> em doentes internados na UCI antes e após a implantação da Bundle ABCDE.</p>	<p>2B- B/QM=9</p>	<p>- Implementar a Bundle ABCDE:</p> <p>A- Teste redução de sedação diária, nos doentes sob ventilação mecânica, verificando o seu sucesso, de acordo com critérios.</p> <p>B- Teste de respiração espontânea, a cada 24 horas, nos doentes sob ventilação mecânica, a cada 24 horas, após a redução da sedação com sucesso. Se bem sucedido é considerada a extubação.</p> <p>C- Coordenação: os testes de redução de sedação e respiração espontânea, são feitos em conjunto com Fisioterapeuta, diariamente.</p> <p>C- Escolha de analgesia e sedação: dor, agitação e sedação avaliadas a cada 4h,</p>	<p>- A prevalência de <i>delirium</i> diminuiu significativamente (de 38% para 23%) assim como o número médio de dias de <i>delirium</i> diminuiu de 3,8 para 1,72 dias, e o número de doentes sem <i>delirium</i> aumentou (62% para 77%) após a implementação da bundle.</p> <p>- O uso de sedação e analgésicos administrados não mudou significativamente antes e após a implementação da bundle.</p> <p>- O número de doentes que fez levante, aumentou significativamente (de 1% a 10%) após a implementação da bundle ABCDE.</p> <p>- Não houve um aumento significativo nos dias livres de ventilação mecânica, assim como no tempo internamento na UCI.</p>

				<p>prioridade na gestão da dor; uso de escalas e protocolo de sedação, com vista ao uso e sedação mínima.</p> <p>D- Prevenção e gestão do delirium: avaliação delirium a cada 12h, usando a ICDSC; uso intervenções não farmacológicas (avaliação do acesso a remoção dos cateteres; gestão alarmes, gerir cuidados para permitir períodos de descanso, estimulação cognitiva, proteção dos catéteres, educação do sistema familiar /suporte, manutenção do ciclo sono / vigília, revisão de medicamentos, minimização de estímulos ambientais, avaliação dor, reorientação, exercícios de amplitude de movimento e auxílios sensoriais.</p> <p>E- Mobilização precoce.</p> <p>F-Empoderamento familiar (não foi aplicado, mas apresenta forte evidência a sua aplicabilidade).</p>	<p>- A bundle ABCDE pode ser eficaz na otimização e melhoria na prestação de cuidados.</p>
<p>Tovar, Omaira, Suarez, & Muñoz/(2016)/(Colômbia)</p>	<p>Estudo qualitativo pré-experimental prospetivo. 49 doentes incluídos</p> <p>Idade >= 23 anos; Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) entre -3 e +3; Consentimento assinado; CAM- ICU negativo. Na UCI do Hospital Universitario de Neiva-Colombia</p>	<p>-Determinar a eficácia dos cuidados prestados, de acordo com o Guia de Enfermagem (modelo de Betty Neuman), para controlar fatores precipitantes de delirium em UCI, agindo assim na sua prevenção.</p>	<p>1B- A/QM=8</p>	<p>- Aplicação do Guia de Enfermagem em conjunto com as escalas RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) e CAM-ICU, todos os turnos (manhã, tarde e noite).</p> <p>- Controlo dos fatores precipitantes ambientais para desenvolvimento do delirium: ruído e luz artificial diurna e noturna, com subsequente sono prejudicado. Evitar o sono durante o dia e reduzir as atividades noturnas, evitar falar alto, reduzir luzes, reduzir volume alarmes e telefones, não interromper o sono, desligar rádios, desligar</p>	<p>- Os cuidados de enfermagem de acordo com o Modelo de Betty Neuman, previnem o delirium em 94% dos doentes, apesar da presença de fatores de risco.</p> <p>- Antes da aplicação do guia 89,7% dos doentes tinham alterações do sono, após a implementação, houve uma redução para 24,48%.</p> <p>- Minimizando a presença de fatores desencadeantes ambientais, tais como ambientais, favorece um ambiente agradável e familiar, constituindo-se o cuidado básico de enfermagem para a prevenção do delirium em UCI.</p>

				<p>rapidamente alarmes, colocar doentes mais fragilizados longe dos locais de menor ruído.</p> <p>- Providenciar um ambiente de confortável e calmo. Permitir uso de objetos pessoais, como óculos, revistas, livros, de modo a que o doente possa manter seu ciclo circadiano, estimulando-o a ouvir música, ler e conversar com familiares ou cuidadores.</p> <p>- Incentivar a interação e o bem-estar do doente, mantendo-o informado sobre as mudanças ambientais relacionadas com o ruído e iluminação artificial. Informar acerca das características da UCI, visitas, alimentação, horários de banho; atividades e procedimentos que serão realizados, explicar os sons provenientes de bombas infusoras, ventiladores, monitor.</p>	
Rivosecchi, Kane-Gill, Svec, Campbell, & Smithburger/ (2016)/ (Estados Unidos da América)	<p>Estudo qualitativo observacional prospetivo. 483 doentes incluídos.</p> <p>Doentes admitidos no período de setembro 2013 a Abril 2014 na UCI- Centro Médico da Universidade de Pittsburgh- Hospital Presbyterian.</p>	Determinar a eficácia da implementação de um protocolo farmacológico, na redução do tempo de <i>delirium</i> na UCI.	2B- B/ QM=9	<p>- Avaliar a presença ou predisposição a fatores de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i>, em UCI e avaliar a ICDS.</p> <p>-Protocolo de intervenções não farmacológicas: abertura das persianas; musicoterapia; uso de calendário; estimulação cognitiva; reorientação; formação enfermagem; entretenimento visual; protocolo visual e sonoro-Protocolo "MORE".</p>	- A implementação do protocolo de prevenção de <i>delirium</i> não farmacológico, reduziu a o tempo de <i>delirium</i> dos doentes em UCI (50,6%); reduziu a incidência de <i>delirium</i> ; reduziu o risco de desenvolvimento de <i>delirium</i> (57%).
Moon & Lee/(2015)/ (República Coreia do Sul)	<p>Estudo Randomizado Controlado. 123 doentes incluídos</p> <p>Idade >=18 anos, capacidade de compreender o objetivo do estudo e / ou</p>	Determinar os efeitos da aplicação de um protocolo preventivo de <i>delirium</i> ,	1B- A/QM=10	- Aplicação do protocolo de prevenção de <i>delirium</i> durante primeiros 7 dias após admissão, que tem 4 componentes:	- A aplicação do protocolo reduziu a incidência da mortalidade intrahospitalar em 7 dias, mas não teve efeito sobre a incidência de <i>delirium</i> ;

	<p>fornecer consentimento para a participação de forma independente ou através de um cuidador; hospitalização >=48 horas na UCI de Hospital geral-Medicina e Cirurgia-Coreia</p>	<p>em doentes de UCI, analisando seus efeitos sobre a incidência de <i>delirium</i>, mortalidade intra-hospitalar, readmissão em UCI e tempo de permanência na UCI.</p>		<p>1- Monitorização e triagem do delirium: alterações cognitivas (dificuldade na concentração, resposta lenta, confusão); alterações sensoriais (deficiência visual e auditiva); alterações físicas (mobilidade reduzida; inquietude; agitação; apetite diminuído; distúrbios sono); alterações sociais (dificuldade na comunicação; alterações humor; incapacidade na cooperação)</p> <p>2- Avaliação cognitiva e orientação: CAM-ICU; fornecer informação acerca do ambiente e razão da admissão; aplicação de comunicação verbal e não verbal.</p> <p>3- Intervenções relacionadas com o ambiente: facilitar o acesso a óculos, aparelhos auditivos; promover qualidade do sono (luz indireta; massagem; aromaterapia); providenciar ambiente confortável.</p> <p>4- Intervenção terapêutica precoce: nutrição adequada; mobilização precoce; cuidado adequado com medicação; remoção de catéteres desnecessários; controlo dor; deteção precoce de infeção; evitar hipoxemia).</p>	<p>- O papel do enfermeiro é importante na aplicação do protocolo, visto serem os profissionais de saúde que estão 24h com do doente, e assim prevenir o <i>delirium</i>, detetar precocemente e fornecer a intervenção precoce necessária.</p> <p>- O programa de prevenção do <i>delirium</i> deve ser considerado uma atividade de enfermagem.</p>
<p>De Barros, Figueirêdo, Fernandes, Neto, & Macêdo-Costa/(2015) / (Brasil)</p>	<p>RIL 16 artigos incluídos: 1 randomizado controlado, 1 comparativo, 1 revisão da literatura, 1 revisão integrativa da literatura, 3 observacionais, 2 randomizados controlados, 5 Corte, 2 prospetivos.</p> <p>Idosos em UCI.</p>	<p>Realizar um levantamento o da literatura científica acerca do <i>delirium</i> em idosos em Unidades de terapia intensiva (UCI).</p>	<p>4- C/QM=9</p>	<p>Análise e síntese de estudos publicados com o intuito de compreender que estudos têm sido realizados relativamente ao <i>delirium</i> no idoso bem como estratégias de prevenção em UCI</p>	<p>- Verificou-se que a ocorrência de <i>delirium</i> em idosos em UCI está diretamente ligada aos fatores de risco presentes nesta população que não são modificáveis, como características pessoais e comorbilidades.</p> <p>- A identificação precoce dos doentes</p>

	<p>Método: RIL, nas bases de dados MEDLINE e IBECs, em maio de 2012, cujos critérios de inclusão foram publicados entre maio de 2007 a maio de 2012, com disponibilidade na íntegra, e nos idiomas português, inglês e espanhol.</p>				<p>com risco de desenvolver <i>delirium</i> é de extrema importância para a aplicabilidade de medidas profiláticas e tratamento.</p> <p>- Fatores suscetíveis de intervenção: infecções, administração de sedativos e opióides, dor, hipoxia, contenção física, perturbações do sono, dispositivos invasivos, características ambientais da unidade, podem ter intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Dentro das não farmacológicas: apoio psicológico, presença da família, não utilização de contenção física, promoção de ambiente calmo, redução da luz e ruído, mobilização precoce, musicoterapia, estimulação cognitiva, utilização de escalas de avaliação de <i>delirium</i>, respeitar a percepção da noite e dia, utilização de óculos e aparelhos auditivos, remoção de dispositivos invasivos e correção de distúrbios eletrolíticos.</p>
<p>Henao-Castaño & Amaya-Rey/(2014)/ (Colômbia)</p>	<p>Revisão da literatura. 47 artigos incluídos</p> <p>Doentes adultos internados em UCI com ou sem ventilação mecânica.</p> <p>Artigos selecionados de metodologia qualitativa e quantitativa,</p>	<p>Analisar a produção científica acerca do <i>delirium</i> em doentes em unidades de cuidados intensivos</p>	<p>4- C/QM=7</p>	<p>- Analise de artigos selecionados que documentam a realização do diagnóstico de <i>delirium</i> através de uma avaliação objetiva com instrumentos validados e estratégias para a prevenção do mesmo.</p>	<p>- Vários estudos recomendam a interrupção diária da sedação em doentes sob ventilação mecânica, porque os sedativos e opióides estão associados ao desenvolvimento do <i>delirium</i>.</p> <p>-Fatores precipitantes do <i>delirium</i> identificados: O fator ambiental inerente às unidades de terapia intensiva como o barulho dos monitores e a privação do sono; ausência da família, horário da visita limitado, necessidade de contenção física. -As principais causas da privação do sono</p>

				<p>são o barulho, luz ambiente, e procedimentos de enfermagem que são realizados à noite.</p> <p>-Foram identificados como pródromos do <i>delirium</i> um ou dois dias de irritabilidade, agitação, perturbações do sono e dificuldade no pensamento.</p> <p>-A demência é o principal fator de risco.</p> <p>- Tratamento do <i>delirium</i> passa por corrigir alterações metabólicas e sistêmicas, eliminar toxicidades medicamentosas, tratar a privação do sono.</p> <p>-O papel dos enfermeiros na prevenção passa pela avaliação do comportamento e estado mental dos doentes e as intervenções de enfermagem devem ser ajustadas a cada doente, sendo importante detetar na anamnese fatores de risco.</p> <p>- Recomenda a utilização de escalas de avaliação como a CAM-ICU.</p>
--	--	--	--	---

APÊNDICE II - Poster apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico
2019

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM na PREVENÇÃO do DELÍRIUM no DOENTE em SITUAÇÃO CRÍTICA

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019

CLÁUDIA GAMEIRO OLIVEIRA | CÁTIA FILIPA GARNACHO MARTINS NOBRE | RITA MARGARIDA DOURADO MARQUES | MARIA MANUELA MADUREIRA LEBRE MENDES

Faculdade de Medicina, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Faculdade de Medicina, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Faculdade de Medicina, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Faculdade de Medicina, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Enfermagem e Ciências Experimentais em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

- A definição de **Delirium** está associada a uma disfunção cerebral aguda que pode ser caracterizada por alterações do estado de consciência e que surge frequentemente em doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) (1).
- De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o **delirium** costuma estar associado a perturbação no sono-vigília.
- O **delirium** está associado a um maior tempo de ventilação mecânica, com maior tempo de permanência na UCI e maior risco de mortalidade (2).
- O enfermeiro tem por isso um papel muito importante na prevenção e controlo do **delirium**, através da implementação de intervenções não farmacológicas, visto ser o profissional que permanece mais tempo junto do paciente.

OBJETIVO

- Identificar intervenções de Enfermagem na Prevenção do **Delirium** no Doente em Situação Crítica

MÉTODO

- Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2014 e 2019, que identificaram intervenções de enfermagem dirigidas à prevenção e controlo do **delirium** no doente crítico. Foram realizadas quatro pesquisas, com os descritores em inglês, validados pelo MeSH nas bases de dados eletrónicas da EBSCOhost e na B-on. Dois revisores independentes, fizeram a extração, análise e síntese dos dados. A Qualidade Metodológica dos estudos foi efetuada através dos instrumentos do Joanna Briggs Institute - MASIARI. A classificação de Oxford Centre for Evidence Medicine foi utilizada para definir os Níveis de Evidência Científica e o Grau de Recomendação.

RESULTADOS

- Foram selecionados 13 artigos que apresentam estratégias para prevenção e controlo do **delirium** no doente crítico. As intervenções de enfermagem verificadas foram as seguintes: relacionadas com o ambiente envolvente, com a promoção do sono adequado, a intervenção terapéutica precoce, a avaliação cognitiva e orientação dos doentes, protocolos de enfermagem, participação dos familiares de referência, formação dos enfermeiros e ensino dos doentes. Foram também identificados fatores de risco para o desenvolvimento do **delirium**, tais como as alterações cognitivas, alterações sensoriais e alterações físicas. Quanto a instrumentos de avaliação do **delirium**: ICDS (Intensive Care Delirium Screening Scale Checklist), CAM-ICU (Confusion Assessment Method-ICU), NEECHAM Confusion Scale, DDS (Delirium Detection Score), DOS (Delirium Observers Screening Scale), DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV). Verificou-se que na maioria dos estudos, ou seja em 69,2%, é usada a CAM-ICU, que é a validada para a população portuguesa (3-14).

CONCLUSÃO

- Com este estudo conclui-se que o enfermeiro é essencial na identificação precoce, prevenção e controlo do **delirium**, evitando a progressão da doença, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade. O reconhecimento e validação das intervenções que permitam controlar o **delirium**, é fundamental para diminuir as suas consequências.

DESCRITORES

Delirium; Prevenção & Controlo; Cuidados Críticos; Doente; Intervenções do Enfermeiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young JY, Green M, Sussman R, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. ID: 1211. Available from: <http://doi.org/10.1002/14651451.cd012111>

2. Cullen M, et al. Delirium in the Intensive Care Unit. *Intensive Care Medicine* 2014; 19(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148514168111>

3. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

4. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

5. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

6. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

7. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

8. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

9. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

10. Fong J, et al. The effect of a delirium prevention protocol on the incidence and severity of delirium in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2018; 23(10): 1045-1054. Available from: <http://doi.org/10.1177/1078148518791111>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



- ABERTURA/ ENCERRAMENTO DAS PERSIANAS
- MUSICOTERAPIA
- ÓCULOS E APARELHOS AUDITIVOS
- AMBIENTE HARMONIOSO
- AROMATERAPIA

- MASSAGENS RELAXANTES
- LUZ ADEQUADA AO CICLO CIRCADIANO
- REDUÇÃO DO RUÍDO
- EVITAR QUE A PESSOA DURMA DURANTE O DIA E REDUZIR AS ATIVIDADES NOTURNAS
- REALIZAR PROCEDIMENTOS DURANTE O DIA (SEMPRE QUE POSSÍVEL)
- POSICIONAMENTO CONFORTÁVEL
- TAMPÕES PARA OS OÍDIOS (SE NECESSÁRIO)



- NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO ADEQUADAS
- EVITAR HIPO/HIPERTERMIA E HIPO/HIPERGLICEMIA
- OXIGENAÇÃO E VENTILAÇÃO ADEQUADA
- MOBILIZAÇÃO PRECOZE E EXERCÍCIO
- FÁRMACOS INDUTORES DO SONO/SEDATIVOS
- DESPISTAR SINAIS PRECOZES DE INFECÇÃO
- REMOVER CATETES DESNECESSÁRIOS
- ADEQUADO CONTROLO DA DOR

- AVALIAR O CONHECIMENTO COM POSTERIOR ORIENTAÇÃO DOS DOENTES
- EVITAR A PRESTAR CUIDADOS
- EXPLICAR OS SONS QUE PODERÁ OUVIR
- VISITAS DE FAMILIARES E AMIGOS
- MENSAGENS ÁUDIO COM VOZ FAMILIAR
- LEITURA



- FORNECER CALENDÁRIO AOS DOENTES E RELÓGIOS COM MONITOR GRANDE
- ENTRETENIMENTO VISUAL E AUDITIVO
- COMUNICAÇÃO VERBAL/ÃO VERBAL
- MINIMIZAR AS RESTRIÇÕES FÍSICAS
- PROTOCOLO "MORE" (MÚSICA; ABERTURA/ENCERRAMENTO DE PERSIANAS, REORIENTAÇÃO/ ESTIMULAÇÃO COGNITIVA)
- BUNDLE ABCDEF (COORDENAÇÃO ENTRE A REDUÇÃO DA SEDAÇÃO E TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, ESCOLHA ADEQUADA DA ANALGESIA/SEDAÇÃO, MONITORIZAÇÃO DO DELÍRIUM, MOBILIZAÇÃO PRECOZE, EMPoderAMENTO FAMILIAR)
- BUNDLE DPB (SUSPENSÃO DA SEDAÇÃO, CONTROLO DA DOR, ESTIMULAÇÃO SENSORIAL; MOBILIZAÇÃO PRECOZE; PROMOÇÃO DO SONO)



- INCLUSÃO DOS FAMILIARES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
- INCENTIVAR OS FAMILIARES A REALIZAREM ATIVIDADES LÚDICAS COM O DOENTE
- EXPLICAR À FAMÍLIA QUANDO OCORRE O DELÍRIUM



- INFORMAR O DOENTE DAS INTERVENÇÕES QUE VÃO SER EFETUADAS, E O QUE É EXPECTÁVEL ACONTECER
- FACILITAR AOS ENFERMEIROS FORMAÇÃO SOBRE DELÍRIUM

APÊNDICE III – Formação sobre a RASS

Escalas de Avaliação de Sedação em UCI

Escala de RASS (Richmond Agitation and Sedation Scale)

Cátia Filipa Garnacho Martins Nobre

Orientada por: Prof. Doutora Manuela Madureira/ Enfº João Cabral

No âmbito do Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica – Área de especialização da Pessoa em Situação Crítica

Dezembro 2019

Importância da utilização de Escalas de sedação

A aplicação de escalas de sedação foi relacionada a melhores resultados na otimização da sedação dos doentes e a avaliação frequente do nível de consciência com escala de sedação é altamente recomendada em diretrizes de prática clínica.

A utilização de escalas de sedação em contexto de UCI permite uma avaliação do nível de sedação frequente e com isto permite um melhor ajuste das doses de sedativos administrados.

Escalas de sedação

A ferramenta ideal de avaliação da sedação na prática clínica em Unidades de cuidados intensivos deve avaliar: O nível de sedação e agitação, ser simples e fácil de usar, ter categorias bem definidas incluindo descrição do nível de consciência, agitação, dor e sincronização ventilatória. Esta deve também ter validade e confiabilidade para doentes internados em UCI. (Waldmann, 2010)

A escolha de uma escala de sedação pode ser feita entre várias como:

Ramsay Sedation Scale (RSS)

Sedation Agitation Scale (SAS)

Motor Activity Assessment Scale (MAAS)

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Adaptation to Intensive Care Environment (ATICE)

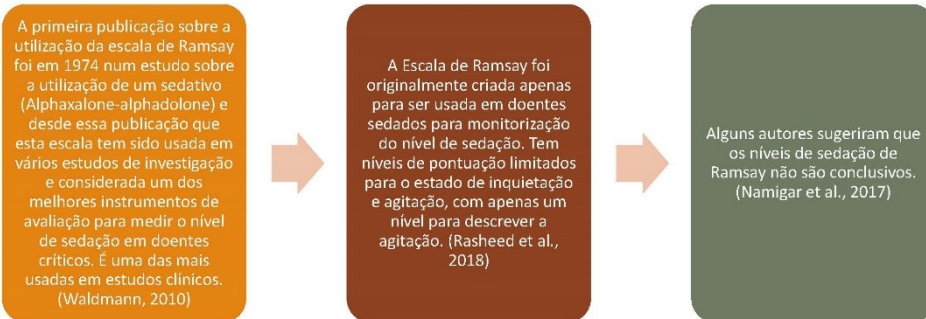
Ainda não existe um consenso internacional sobre qual a ferramenta ideal a utilizar pois as diferentes escalas variam nas dimensões que avaliam. (Waldmann, 2010) (Tabela 1)

Escala	Estado de consciência	Agitação	Sincronia ventilatória	Dor	Compreensão
Ramsay	*	*			
SAS	*	*			
MAAS	*	*			
RASS	*	*	*		
ATICE	*	*	*	*	*

Ramsay = Ramsay Scale; SAS = Sedation Agitation Scale; MAAS = Motor Activity Assessment Scale; RASS = Richmond Agitation Sedation Scale; ATICE = Adaptation to Intensive Care Environment

Tabela 1- Escalas de sedação e dimensões avaliadas

Escala de Ramsay VS Escala de RASS



1	Ansioso, Agitado ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Sedado, porém responde a ordens simples
4	Sedado com resposta rápida ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
5	Sedado, com resposta lenta ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
6	Não responsivo

Escala de Sedação de Ramsay

Escala de Ramsay VS Escala De RASS



Escala de RASS

Ponto	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, representando risco para a equipa
3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Tanto a escala de Ramsay como a escala de RASS são escalas de sedação validadas e frequentemente usadas em UCI. Torna-se por isso importante conhecer o que as distingue para decidir qual usar.

De um ponto de vista prático, uma das limitações da escala de Ramsay reside sobretudo na sua pontuação, pois classifica da mesma forma diferentes condições como ansioso e violento e a forma de lidar com estes doentes é completamente diferente. Esta situação não se verifica na escala RASS.

Importante referir que a RASS é a escala usada e a única validada para o diagnóstico de uma disfunção cerebral aguda com repercussões funcionais e risco de mortalidade, o *Delirium*.

Conclusão

Estudo de Caso

CASO1

O Sr. A, 60 anos, vítima de AVC submetido a trombectomia tendo ficado sedado e ventilado no pós-operatório imediato devido a instabilidade hemodinâmica durante o procedimento.

Ao fim de algumas horas realizada tentativa de reduzir sedação para possível extubação.

Ao reduzir sedação o doente começa a ficar taquicárdico, hipertenso e agitado tendo retirado a LA e a sonda gástrica.

CASO2

A D. B, 50 anos, admitida com o diagnóstico de insuficiência respiratória em doente com asma descompensada, com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Sedada apenas para o procedimento de intubação oro-traqueal e fica internada na UCI.

Progressivamente mais desperta, taquicárdica, hipertensa e inquieta no leito. À abordagem a cumprir ordens e a comunicar através da escrita. Refere sentir-se ansiosa devido à sua situação clínica e incomodo da presença do tubo oro-traqueal.

O enfermeiro faz a avaliação da sedação/agitação utilizando ambas as escalas RASS e Ramsay.

Resultados

CASO 1

RASS=3

Ramsay=1

CASO 2

RASS=1

Ramsay=1

Bibliografia

Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

Nassar, A. P., Neto, R. C. P., de Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802008000400003>

Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., PJ, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2018). RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *Health Science Journal*. <https://doi.org/10.21767/1791-809x.1000604>

Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>

Waldmann, C. (2010). Using and understanding sedation scoring systems. *Journal of the Intensive Care Society*, 11(2), 15–16. <https://doi.org/10.1177/17511437100112S106>

