



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

A PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* NO DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PREVENTING DELIRIUM IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Por

Bruno Miguel Bispo, n.º 192017068

Lisboa, julho de 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

A PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* NO DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PREVENTING DELIRIUM IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Por

Bruno Miguel Bispo, n.º 192017068

Sob orientação de Professora Doutora Lurdes Martins

Lisboa, julho de 2019

“Porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas ações que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia.”

Walter Hesbeen, 2000

AGRADECIMENTOS

À minha mulher Soraia e às minhas filhas Íris e Inês, pelo apoio e pela força que me proporcionaram para conseguir realizar esta dura etapa da minha vida académica e profissional.

Aos meus pais e aos meus amigos que durante este período sempre tiveram uma palavra de apoio e motivação.

À Professora Maria de Lurdes Martins, por toda a disponibilidade, paciência, sabedoria e orientação que me dedicou em todo este processo.

Aos orientadores de estágio pela partilha de saberes e orientações dadas.

RESUMO

Apesar de os termos “*delirium*” e “confusão aguda” serem utilizados na prática clínica há muitos anos e terem definições diferentes, continuam a ser utilizados de forma indiscriminada para se referirem à mesma síndrome. A ausência de diagnóstico de *delirium* pode comprometer a segurança do doente e ter implicações diretas nos cuidados de saúde prestados, tendo consequências que podem mesmo manifestar-se após a alta hospitalar.

As unidades de cuidados intensivos estão normalmente associadas a um ambiente hostil para doentes e famílias, com muito ruído, pouco convidativas a visitas demoradas e com horários pouco flexíveis. Os doentes estão habitualmente com limitação da mobilidade, medicados e dependentes de equipamentos muitos deles invasivos e dos quais depende a sua vida. A perturbação do sono é uma constante, e a perceção de quando é dia ou noite nem sempre é fácil.

A relação entre o ambiente e a saúde é mesmo uma das primeiras reflexões atribuídas a Florence Nightingale, considerada a primeira teórica de enfermagem e cujo objeto de estudo se focou nas implicações que o ambiente tinha na saúde dos doentes.

O aparecimento de *delirium* está relacionado com diversos fatores, sendo importante considerar aqueles que são modificáveis, e sobre quais o enfermeiro especialista pode intervir.

Da revisão integrativa da literatura, identificam-se algumas intervenções de enfermagem com impacto positivo na prevenção de *delirium*, como sejam a orientação dos doentes, a mobilização precoce, a criação de um ambiente mais agradável e a promoção do ciclo do sono. Urge aprofundar e consolidar este conhecimento na linguagem e nas práticas de enfermagem. Considera-se, por isso, que o maior desafio é a formação das equipas, começando pelas unidades de cuidados intensivos, onde a incidência de *delirium* é mais significativa.

Palavras-chave: delirium, confusão aguda, doente crítico, cuidados de enfermagem, Unidade Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Despite the terms "delirium" and "acute confusion" being used in clinical practice for many years and having different definitions, they continue to be used indiscriminately to refer to the same syndrome. Failure to diagnose delirium can compromise patient safety and have direct implications for health care delivery, with consequences that may occur even after hospital discharge.

Intensive care units are usually associated with a hostile environment for patients and families, being noisy and uninviting for lengthy visits and with restricted visiting times. Patients are usually limited in mobility, medicated, and dependent on equipment that is, in many cases, invasive and on which the patient's life depends. Sleep disturbance is a constant, and being able to tell whether it is day or night is not always easy.

The relationship between the environment and health is one of the first reflections attributed to Florence Nightingale; considered the earliest nursing theory, its object of study focused on the implications that the environment has on patients' health.

Delirium is related to several factors and it is important to understand which of those factors are modifiable so the specialist nurse can intervene.

Through an integrative literature review we can identify some nursing interventions that have a positive impact on the prevention of delirium, such as patient guidance, early mobilisation, creating a more pleasant environment and promoting the sleep cycle. It is urgent to deepen and consolidate this knowledge in nursing language and practices. It is, therefore, considered that the greatest challenge is the training of teams, starting with intensive care units, where the incidence of delirium is more significant.

Key words: delirium, acute confusion, critically ill, nursing care, Intensive Care Unit

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

CAM-ICU – Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (Escala de avaliação de delirium em Cuidados Intensivos)

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxigenation

ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist (*Checklist* para Avaliação de *Delirium* nos Cuidados intensivos)

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MeSH – Medical Subject Headings

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

Para. – Parágrafo

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Méta-análises)

RASS – Escala de agitação-sedação de Richmond

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. Introdução	11
1. Enquadramento teórico.....	15
2. Revisão integrativa da literatura — A intervenção do enfermeiro na prevenção do <i>delirium</i> no doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos.....	19
2.1 Notas históricas: o que é o <i>delirium</i> ?	19
2.2 Fatores de risco para a ocorrência de <i>delirium</i>	20
2.3 Qual a frequência da existência de <i>delirium</i> em cuidados intensivos? ..	22
2.4 Subtipos de <i>delirium</i> . Quais os mais frequentes em UCI?	23
2.5 Conhecimento e formação dos enfermeiros sobre <i>delirium</i> e forma de o avaliar	25
2.6 Prevenção e tratamento de <i>delirium</i>	27
2.7 Metodologia	28
2.8 Resultados	30
2.9 Considerações finais.....	32
3. Análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido na aquisição, no desenvolvimento e na consolidação de competências.....	35
3.1 Unidade curricular – A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e decisão clínica	37
3.2 Unidade curricular — Estágio e relatório final	41
3.2.1 Estágio em contexto de urgência.....	42
3.2.2 Estágio em contexto de cuidados intensivos	54
4. Considerações finais.....	65
5. Referências bibliográficas	67
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE I - Artigos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura	82

APÊNDICES II - Póster apresentado no 1.º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”	90
APÊNDICE III – Plano de sessão.....	92
APÊNDICE IV – Apresentação da sessão de formação sobre o tema “ <i>Delirium</i> em Unidade de Cuidados Intensivos: Como identificar e intervir?”	96
APÊNDICE V – Questionário de avaliação da sessão de formação	111
APÊNDICE VI – Resultados da avaliação da sessão de formação.....	114
APÊNDICE VII – Póster apresentado no estágio: “ <i>Delirium</i> em Unidade de Cuidados Intensivos – Como intervir?”	117
ANEXOS	119
ANEXO I – Certificado da apresentação do póster no 1.º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Avaliação cognitiva de doentes após internamento em UCI.....	23
Figura 2. Escala de avaliação de <i>delirium</i> em Cuidados Intensivos – CAM-ICU...	26
Figura 3. Representação esquemática da pesquisa utilizando os critérios de inclusão e exclusão.....	30
Figura 4. Diagrama de fluxo PRISMA	31

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Factores de risco para o diagnóstico de <i>delirium</i>	21
Quadro 2. Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)	24
Quadro 3. Questão de investigação PICO.....	28
Quadro 4. Descritores utilizados na pesquisa.....	29
Quadro 5. Critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa.	29

0. Introdução

Integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular — Estágio Final e Relatório —, que decorreu no segundo semestre, é apresentado o presente relatório, elaborado sob a orientação da Professora Doutora Maria de Lurdes Martins.

O relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, é feita a revisão integrativa de literatura sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção do *delirium* no doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos; na segunda parte, é apresentada a análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e consolidadas durante o estágio.

Com um longo percurso em cuidados intensivos, o interesse pelo tema do *delirium* surgiu não só por ser uma área de conhecimento pouco explorada pelos enfermeiros, com vários estudos a suportar uma falha na sua deteção (van de Boogaard et al., 2009), mas também por haver uma lacuna na formação e um desconhecimento por parte das equipas de enfermagem sobre este tema. O *delirium* não poderá ser prevenido nem tratado se não for primeiramente avaliado/diagnosticado. Nesta condição, os enfermeiros podem ter um papel decisivo, uma vez que são o grupo profissional que mais tempo passa junto aos doentes, o que lhes confere uma posição privilegiada na observação do seu comportamento.

A revisão permitiu perceber que não existem muitos artigos publicados onde sejam abordadas especificamente as intervenções de enfermagem na prevenção e gestão dos doentes com *delirium*. A pertinência do tema surge da necessidade de este ser trabalhado e desenvolvido pelas equipas de enfermagem (não existe diagnóstico de enfermagem de *delirium*), operacionalizando este conceito e definindo intervenções específicas cujo ganho em saúde já foi demonstrado (Birge & Aydin, 2017).

Na segunda parte do relatório, encontram-se descritas e contextualizadas as competências consolidadas num percurso profissional de 16 anos de experiência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Descrevem-se também as competências adquiridas/demonstradas em contexto de estágio realizado nas valências de urgência e cuidados intensivos, no terceiro semestre do curso.

A escolha do local para o desenvolvimento do estágio em contexto de urgência teve como principal objetivo encontrar um serviço com características específicas, nomeadamente um serviço de urgência para onde fossem encaminhados doentes em situação crítica após sofrerem um grande trauma. Apesar da experiência profissional de 14 anos numa viatura médica de emergência e reanimação, onde a abordagem ao doente vítima de trauma é frequente, a prestação de cuidados desta equipa termina a meio do percurso do doente, no momento em que o transferimos para a equipa intra-hospitalar. O conhecimento sobre a continuidade do percurso do doente permite avaliar a eficácia (ou a ausência) da assistência que lhe prestamos, antecipar os problemas que possam surgir na continuidade destes cuidados para a equipa para quem se transfere a responsabilidade, e melhorar a eficácia da transição de cuidados. Benner (2005) refere que o enfermeiro perito tem a capacidade de antecipar problemas e planejar antecipadamente formas de os resolver. O estágio num serviço com as características referidas permitiu a aquisição da visão retrospectiva que era desejada. Para além disso, foi possível consolidar as competências de enfermeiro perito no contexto extra-hospitalar.

No que diz respeito ao estágio em unidade de cuidados intensivos (UCI), o móbil da escolha foi novamente a procura da perícia, para poder antecipar problemas e melhorar a transição de cuidados que Benner (2005) evidencia. A escolha recaiu num serviço onde existissem doentes em situação crítica, submetidos a técnica de ExtraCorporeal Membrane Oxigenation (ECMO), aos quais fossem prestados cuidados de enfermagem. Na unidade em que trabalho, prestamos cuidados a doentes críticos com necessidade de ECMO, apenas na fase inicial do tratamento, sendo imediatamente transferidos após a sua adaptação. Conhecer e compreender as necessidades que surgem na continuidade de cuidados a doentes com estas características permitiria consolidar todas as competências de enfermeiro especialista que exigem a antecipação de problemas nos cuidados à

pessoa com esta necessidade emergente, as próprias, e, posteriormente, as da minha equipa, por transferir este conhecimento para a prática do serviço. Infelizmente, este objetivo específico não foi atingido na sua totalidade, uma vez que, no período que compreendeu o estágio, esta unidade não recebeu nenhum doente com esta necessidade específica. No entanto, foi possível aprofundar o conhecimento neste âmbito através da troca de experiências com os profissionais do serviço que detêm uma vasta prática clínica ao doente submetido a ECMO.

Ainda em período de estágio, foi possível visitar uma UCI em Madrid, considerada uma referência, não só na humanização dos cuidados, como também na prevenção e no tratamento do *delirium* no doente crítico. Nesta unidade, foi possível conhecer uma realidade diferente daquela que eu sempre conheci em cuidados intensivos. A transmissão de conhecimento neste caso concreto foi facilitada pelo contacto direto com o serviço e com os seus profissionais. Mais do que ler um estudo ou assistir a uma apresentação sobre o tema, experienciar a dinâmica de um serviço que já integrou o *delirium* na sua prática e o trabalha numa base diária em contexto multidisciplinar permitiu constatar que é possível criar o contexto ideal de cuidados ao doente com *delirium*, assim como identificar o caminho a percorrer para atingir esse nível de cuidados.

A realização dos estágios foi de especial importância na medida em que se considera “benéfico para o profissional que este tenha a oportunidade de, no seu percurso profissional, se deparar com o maior número possível de situações e experiências clínicas” (Parecer n.º 10/2017, p.3), para sustentar o seu saber como um saber de ação, e não somente a execução ou reprodução de atos. O contexto de estágio permite mobilizar conhecimentos teóricos que, aliados à prática, contribuem para o desenvolvimento da capacidade de resposta à situação complexa, sendo essa capacidade de resposta o que torna o enfermeiro perito competente.

As competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, cuja aquisição o presente relatório visa comprovar, encontram-se previstas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e que se encontra publicado em Diário da República.

Todos os estudos e autores de interesse apresentados ao longo do relatório foram referenciados de acordo com a sexta edição da Norma APA.

1. Enquadramento teórico

De modo a ajudar a harmonizar o percurso realizado, apresento, ainda que de forma sucinta, os conceitos que nortearam a minha aprendizagem.

Os cuidados de enfermagem, conforme nos refere Hesbeen (2000), são uma imensidão de pequenas coisas, que se traduzem para o doente e para a família numa grande atenção durante todo o dia. Deste modo, a prática deverá ser baseada no encontro e em respostas individuais, sendo singular e adaptada.

Esta noção é reforçada por Collière (1999) ao evidenciar a enfermagem como uma ciência vocacionada para o cuidar da pessoa, cuidar este que é holístico e integral, dirigido ao ser humano de forma individual, integrado na família ou na comunidade. As suas intervenções são desenvolvidas autonomamente ou em equipa, mas sempre com o mesmo objetivo: promoção e proteção da saúde, prevenção e recuperação da doença ou de estados alterados de saúde. A expressão “tomar conta, cuidar” refere-se aos cuidados que são indispensáveis para manter a vida em função dos hábitos de vida. Segundo Watson (2002), cuidar é o ideal moral da enfermagem em que o seu objetivo é preservar e melhorar a dignidade humana com compromisso e com intenção.

De forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, em 2001, a OE publicou um documento onde são definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde são descritos o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Os quatro conceitos principais da enfermagem — a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem — são aqui definidos pela OE. A pessoa é um “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (p.8). Esta influencia e é influenciada pelo ambiente que a rodeia num processo de procura do equilíbrio e harmonia. Na sua individualidade, o equilíbrio não é considerado de igual forma pelo próprio ou pelos outros. A saúde é considerada um estado subjetivo, logo não será o contrário de doença. Apresenta-se como um processo dinâmico e

contínuo “que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (p.8). O ambiente é o meio onde as pessoas vivem que influencia e é influenciado por estas. É composto por “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais” (p.9). Os cuidados de enfermagem são centrados na relação enfermeiro-pessoa ou grupo de pessoas, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, sem realizar juízos de valor sobre a pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Os enunciados descritivos da OE

visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2001, p.13).

Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos que abrangem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

De acordo com a alínea b) do artigo n.º 109 do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o enfermeiro deve, no seu ato profissional, procurar a excelência do exercício, assumindo o dever de “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015, para.9).

São os profissionais, em conjunto com as organizações, os responsáveis por desenvolver estratégias com vista à promoção da segurança dos doentes, sendo imperativa a pró-atividade dos enfermeiros no que diz respeito à promoção de cuidados de enfermagem de qualidade. Neste sentido, a qualidade em saúde é uma responsabilidade multiprofissional, competindo ao enfermeiro envolver-se num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, com vista à melhoria dos cuidados prestados (OE, 2001).

Em outubro de 2011, a OE aprovou o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, o qual foi proposto pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. Mais tarde, foi publicado no Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica presta cuidados de

enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, que se encontra a viver processos complexos de doença crítica e ou falência multiorgânica, dá resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, participando no desenvolvimento do plano e na ação propriamente dita, e maximiza a intervenção na prevenção e no controlo de infeção.

As UCI e os Serviços de Urgência (SU) são serviços diferenciados da área hospitalar onde se encontram doentes normalmente em condições críticas, sujeitos a intervenções agressivas, com equipas sempre em intensa atividade. Para quem observa de fora, o ambiente de uma UCI é considerado hostil, muitas vezes pouco convidativo a visitas demoradas, sem cadeiras para as famílias e com horários de visitas curtos e pouco flexíveis (Maruiti & Galdeano, 2007).

O *stress* vivido e o isolamento condicionado pelas UCI podem ser acompanhados por alterações do comportamento e do processo de desenvolvimento do pensamento. Surge então a incapacidade de interagir com o meio ambiente e de perceber a experiência que se está a viver por perda da capacidade cognitiva, de raciocínio, de memória, orientação, perceção e atenção (Silva, 2008).

A relação entre o ambiente e a saúde é efetivamente uma das primeiras reflexões teóricas atribuídas à enfermagem por Florence Nightingale no final do século XIX, na qual foi identificada uma relação entre ambiente e saúde e as implicações que o ambiente tinha na saúde dos doentes, fazendo referência à ventilação, ao aquecimento, às condições sanitárias, ao ruído e à iluminação, enfatizando a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a analisar o resultado das suas observações (Nightingale, 2005).

Deste modo, num ambiente onde impera a tecnologia, a inovação e a complexidade (Ponce, 2002), importa que o enfermeiro especialista no exercício da sua profissão encontre o equilíbrio entre o lado técnico e o lado humano, com vista a proteger o doente dos danos que um ambiente agressivo pode causar. Reforçando esta ideia e de acordo com Watson (2002), atravessamos uma época marcada pelo seu carácter científico, de alta tecnologia, e a essência do cuidar deve acompanhar a evolução, não constituindo um obstáculo na prestação de cuidados humanizados.

No âmbito do processo de aprendizagem a que me propus, atendendo o meu interesse pessoal por trabalhar em contexto de UCI, desenvolvi o tema *delirium*,

cuja principal metodologia foi a realização de uma revisão integrativa de literatura, que apresento no capítulo seguinte.

2. Revisão integrativa da literatura — A intervenção do enfermeiro na prevenção do *delirium* no doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos

Neste capítulo, é apresentada a revisão integrativa da literatura realizada sobre o tema da prevenção do *delirium* nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

2.1 Notas históricas: o que é o *delirium*?

O enquadramento histórico do *delirium* remete-nos 200 anos para trás, quando Hood, em 1870, fala de “*senile delirium*” associando-o a pessoas idosas. Mais tarde, em 1904, Pickett alerta para a necessidade da distinção entre duas desordens mentais: “confusão” e “*delirium*”. Segundo este, seriam ambas tratáveis e frequentes nos idosos. Só mais tarde, em 1939, ficou reconhecida a diferença entre a demência senil e a desordem cognitiva transitória (Pickett, 1904 cit. por Lipowski, 1983).

Atualmente, a definição científica para *delirium* mais utilizada no meio clínico é a prevista pela American Psychiatric Association, publicada no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 5.^a edição - DSM-V. Por definição, *delirium* é uma síndrome neurocomportamental, caracterizada por alterações da atenção, da consciência e da cognição/percepção, que pode ocorrer num curto período de tempo (normalmente de horas a poucos dias) e que tende a variar quanto à sua gravidade ao longo do dia (American Psychiatric Association, 2014).

Selim e Ely (2017) referem *delirium* como um distúrbio da consciência com início característico agudo e curso flutuante de desatenção, associada a alteração da cognição ou distúrbio da percepção, ficando o doente com dificuldade em receber, processar, armazenar e recuperar informações. Este distúrbio tem potencial de reversão, uma vez que pode resultar de diversos fatores, nomeadamente de uma

condição médica aguda, de uma intoxicação ou abstinência de substâncias, de uma exposição a tóxicos ou de uma conjugação de algumas destas condições.

Apesar das múltiplas definições, ainda são utilizados indiscriminadamente os termos “confusão aguda” e “*delirium*” para traduzir o mesmo fenómeno. McCurren e Cronin (2003) fazem referência ao facto de o termo “confusão aguda” ser maioritariamente utilizado pelos enfermeiros, enquanto o termo “*delirium*” é mais utilizado pelos médicos. Efetivamente, “*delirium*” não existe como diagnóstico de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2016), existe apenas o diagnóstico de “confusão”, o qual se define como um “pensamento distorcido, com memória comprometida, com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo” (p.47). Nos diagnósticos de NANDA (2015), o termo “confusão aguda” é definido como “início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.” (para.7)

Han et al. (2013) apontam que o facto de o *delirium* não ser diagnosticado pode comprometer a segurança do doente e ter implicações nos cuidados de saúde do doente. Referem ainda que 25% dos doentes com *delirium* têm alta com a probabilidade de não compreenderem as indicações dadas e 90% dos doentes com *delirium* que ficam internados, se não forem diagnosticados no SU, também não serão diagnosticados no internamento.

2.2 Fatores de risco para a ocorrência de *delirium*

De acordo com a evidência, existem inúmeros fatores de risco que podem desencadear ou potenciar o aparecimento de *delirium* nos doentes que se encontram internados numa UCI. Zhang et al. (2017) referem que existe uma relação entre o número de fatores de risco presentes e o risco de *delirium*, no entanto, quando as intervenções são dirigidas aos fatores de risco, os resultados nos doentes são mais positivos.

Apesar de não existir uma relação comprovada, alguns fatores de risco têm sido apresentados como responsáveis pela presença de *delirium* (Devlin, Fong, Fraser, & Riker, 2007). Estes categorizaram-nos em: condição preexistente do doente; condição aguda do doente; fator iatrogénico ou ambiental (Quadro 1).

Quadro 1. Fatores de risco para o diagnóstico de *delirium*

Condição preexistente do doente	Condição aguda do doente	Fator iatrogénico ou ambiental
<ul style="list-style-type: none">• Idade >70 anos• Transferência de um lar• Compromisso visual ou auditivo• História de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, epilepsia• Doença renal e hepática• Infecção por HIV• Consumo de álcool no mês anterior• Uso de psicofármacos• Malnutrição	<ul style="list-style-type: none">• Gravidade da doença com score elevado• Consumo de drogas ilícitas ou overdose• Alterações metabólicas (glicémia, natrémia e função tiroideia)• Hipotermia ou febre• Sépsis• Hipoxemia• Relação Ureia:creatinina ≥ 18	<ul style="list-style-type: none">• Medicação: anticolinérgicos, sedativos e analgésicos• Restrição física• Alimentação por sonda gástrica• Cateter urinário ou retal• Cateteres venosos centrais

Considerando estes fatores de risco, alguns autores utilizam outra nomenclatura, separando-os em dois tipos: fatores modificáveis e fatores não modificáveis (Faria & Moreno, 2013; Sabol et al., 2015). Atendendo ao doente crítico, para além dos fatores descritos anteriormente, são também considerados como fatores de risco: a ventilação mecânica, a dor não controlada, a acidose metabólica, as alterações dos padrões de sono induzidos pelo barulho, pela presença frequente de luz e ausência de luz natural, pela temperatura e pelas interrupções frequentes, o isolamento e a redução de visitas (Selim & Ely, 2017).

Considerando a minha experiência em UCI, de um modo geral, a equipa de enfermagem é a primeira a detetar alterações comportamentais nos doentes. As intervenções do enfermeiro devem incidir sobre os fatores que são passíveis de ser alterados ou modificados.

2.3 Qual a frequência da existência de *delirium* em cuidados intensivos?

As variações entre a prevalência e a incidência que são apresentados pelos diferentes estudos são dependentes dos grupos em estudo e da escala de avaliação de *delirium* utilizada.

Um trabalho de revisão desenvolvido por Faria e Moreno (2013) (que englobou seis estudos multicêntricos) revelou que a prevalência de *delirium* em UCI variava entre 32,3% e 77%, e a incidência, entre 45% e 87%.

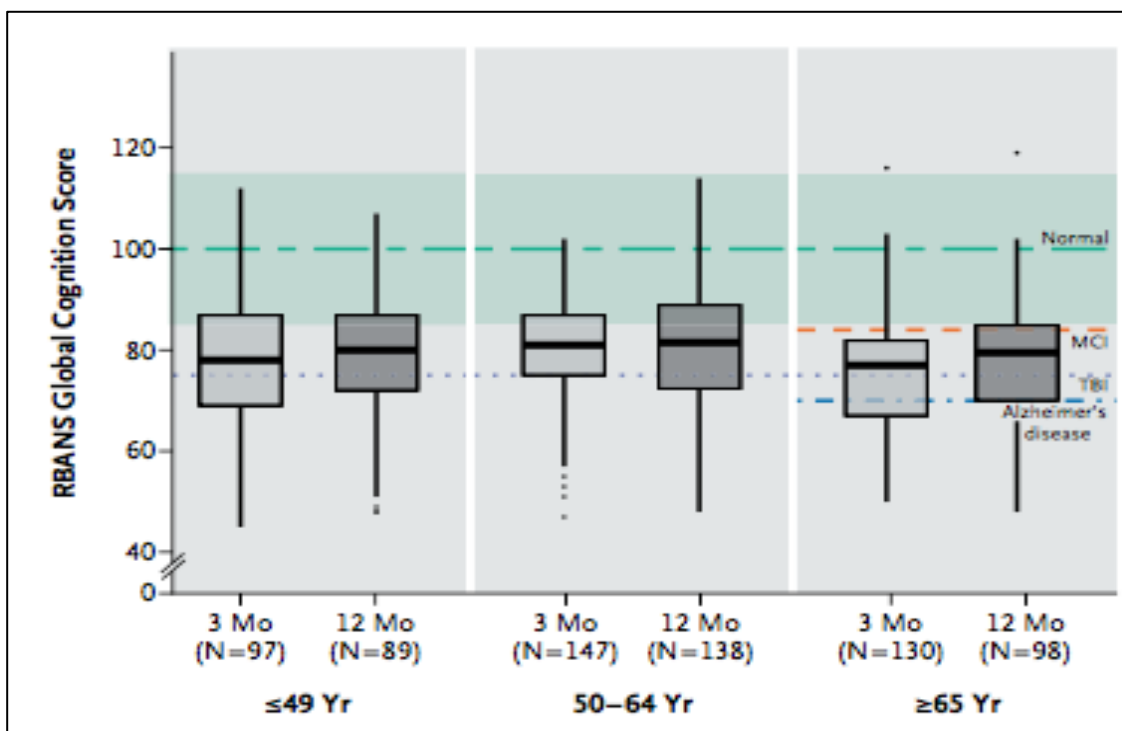
Mais recentemente, no mesmo âmbito, Tilouche et al. (2018) avaliaram uma incidência entre 11% e 87%.

Deste modo, o diagnóstico e a prevenção do *delirium* é de extrema importância, uma vez que a sua presença é preditiva de um pior prognóstico para o doente.

Vários estudos referem que doentes com *delirium* apresentam aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento do tempo médio de internamento em UCI e no hospital, maior número de complicações, nomeadamente autoextubações e remoção acidental de cateteres, assim como índice de mortalidade superior a seis meses e a um ano (Ely et al., 2004; Faria & Moreno, 2013; Tilouche et al., 2018). Neste sentido, Sendeki (2014) referencia ainda que doentes com *delirium* têm internamentos mais longos. Do ponto de vista económico, são comparados à diabetes e do ponto de vista das taxas de mortalidade, são similares às causadas pela síndrome coronária aguda ou pela sépsis.

Importa também salientar que, a nível cognitivo, as alterações que surgem durante o internamento em UCI tornam-se muitas vezes irreversíveis. Os doentes com este tipo de distúrbio têm um elevado risco de compromisso cognitivo a longo prazo, sendo mais grave quanto maior for a duração do *delirium* no hospital (Pandharipande et al., 2013). Independentemente da idade, existe uma redução da capacidade cognitiva, sendo semelhante, nos adultos com mais de 65 anos, à capacidade cognitiva de um doente com doença de Alzheimer ou de um doente que tenha sofrido uma lesão cerebral traumática moderada (TBI) (Figura 1) (Pandharipande et al., 2013).

Figura 1. Avaliação cognitiva de doentes após internamento em UCI



Fonte: Pandharipande, Girard, Jackson, Morandi, Thompson, Pun, ... & Moons, (2013), p.1312.

2.4 Subtipos de *delirium*. Quais os mais frequentes em UCI?

As alterações comportamentais que são condicionadas pelo *delirium* não se manifestam da mesma maneira em todos os doentes. Esta classificação varia de acordo com o resultado que o doente apresenta na escala de RASS (Quadro 2) (Ely et al., 2003).

Assim, foram distinguidos três subtipos de *delirium* que se caracterizam pela forma como este se manifesta no doente (Peterson et al., 2006; Ibrahim et al., 2018), os quais se indicam de seguida.

- *Delirium* hiperativo – quando temos valores de RASS entre +1 e +4. O doente apresenta oscilações de humor, num quadro de hipervigilância com agitação, inquietação e agressividade, por vezes com recusa em cooperar nos cuidados.

- *Delirium* hipoativo – quando temos valores de RASS entre 0 e -3. O doente pode apresentar-se num quadro de obnubilação, apatia, lentificação, sonolência, com uma letargia que por vezes se aproxima do estupor.
- *Delirium* misto – quando, no mesmo episódio de *delirium*, temos valores de RASS positivos e negativos. O doente oscila de forma imprevisível entre os dois tipos de *delirium* (hiperativo/hipoativo) ao longo das 24 horas.

Quadro 2. Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS)

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

No estudo realizado por Peterson et al. (2006) que pretendia descrever os subtipos de *delirium*, dos 614 doentes internados em UCI que foram admitidos para o estudo, a incidência de *delirium* foi detetada em 150 doentes, sendo os mais frequentes o *delirium* misto (54,9%) e o *delirium* hipoativo (43,5%). O *delirium* hiperativo apenas ocorreu em 1,6% dos doentes. Mais recentemente, num estudo realizado no mesmo âmbito por van den Boogaard, Schoonhoven, van der Hoeven, van Achterberg e Pickkers (2012), com cerca de 1600 doentes, em que 411 doentes apresentaram episódios de *delirium* na UCI, os dois subtipos com maior taxa de incidência foram o misto (53%) e o hipoativo (36%). O *delirium* hiperativo foi detetado em apenas 11% dos doentes.

Uma vez que, de um modo geral, são as equipas de enfermagem as primeiras a detetar e identificar as alterações comportamentais nos doentes, é importante que estas as reconheçam e valorizem para planearem e adequarem os cuidados de enfermagem.

2.5 Conhecimento e formação dos enfermeiros sobre *delirium* e forma de o avaliar

As equipas de enfermagem em cuidados intensivos têm um papel importante na deteção e monitorização de doentes com *delirium*, uma vez que são os profissionais que estão mais tempo junto dos doentes e têm uma posição privilegiada na observação do comportamento dos doentes.

São vários os estudos que demonstram a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre *delirium*. Korkmaz, Gok e Karamanoglu (2016) publicaram um estudo com 97 enfermeiros, em que 78,4% dos enfermeiros não tiveram nenhuma formação sobre *delirium*, 11,3% dos enfermeiros tiveram formação sobre *delirium* durante o curso e apenas 10,3% receberam formação em serviço sobre este tema. Confirmando esta noção, Elliott (2014) refere, no estudo realizado em três hospitais, que, em 52 enfermeiros, 48% não receberam nenhum tipo de formação sobre *delirium* em cuidados intensivos.

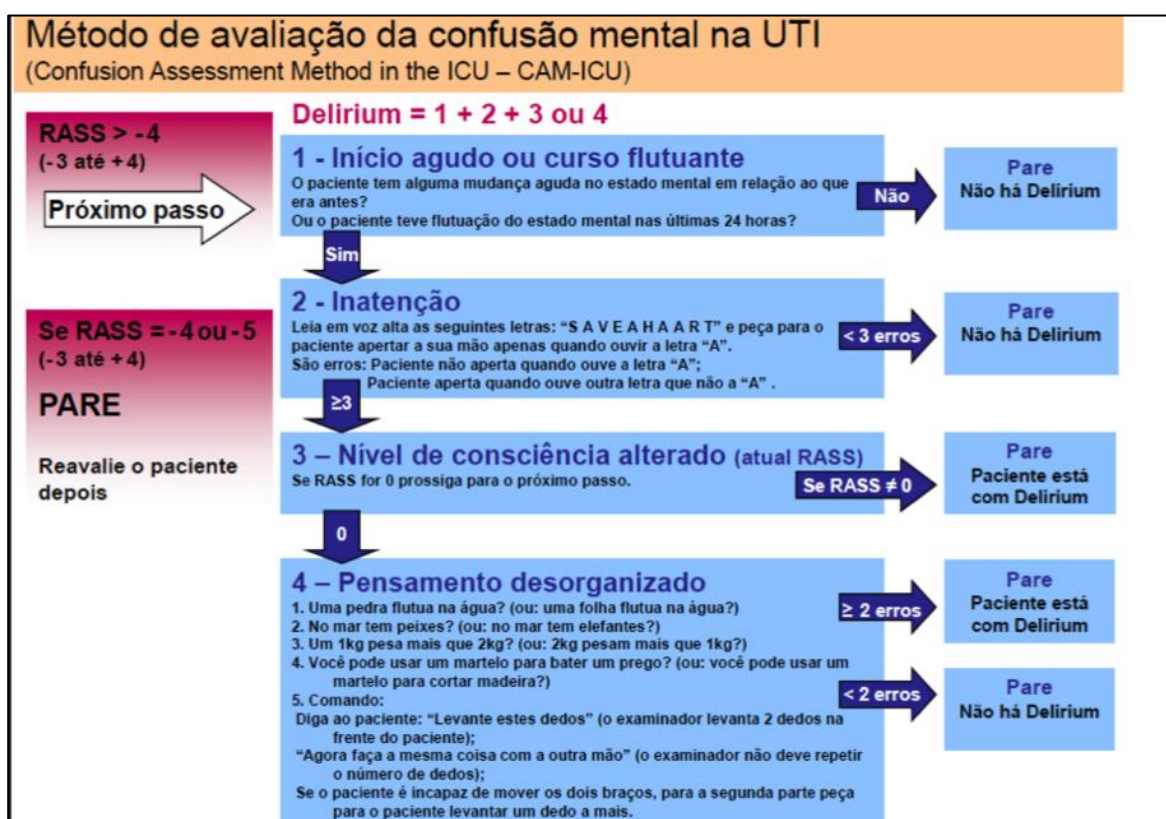
No que diz respeito à identificação do *delirium*, van den Boogaard et al. (2009) referem que, sem a utilização de instrumentos de avaliação, mais de 60% dos doentes com *delirium* não seriam identificados pelos enfermeiros e mais de 70% não seriam identificados pelos médicos. Logo, se este distúrbio não for identificado, não pode ser prevenido ou tratado.

A utilização de instrumentos de avaliação na prática clínica facilitam a deteção e avaliação da eficácia das intervenções. No entanto, Eastwood, Peck, Bellomo, Baldwin e Reade (2012) verificaram que os enfermeiros não faziam a avaliação de *delirium* através de uma ferramenta de avaliação validada, assumindo que a sua utilização consumia mais tempo na carga de trabalho por si só já elevada. Deste modo, o *delirium* era detetado pela pesquisa de sinais através da observação do doente em detrimento do uso dos instrumentos de avaliação criados para o efeito. Devlin et al. (2008) apresentaram a complexidade dos

instrumentos de triagem e a dificuldade na avaliação de doentes sob intubação traqueal como as principais barreiras à identificação de *delirium*.

As boas práticas recomendam a avaliação regular de *delirium* em doentes críticos através de escalas válidas para estes doentes (Devlin et al., 2018). Neste contexto, a escala utilizada deve ser capaz de avaliar os constituintes primários do *delirium* (consciência, inatenção, pensamento desorganizado e curso flutuante), deve estar validada para a população de UCI, deve ser de rápida e fácil avaliação e não deve necessitar da presença de profissionais especialistas em psiquiatria (Faria & Moreno, 2013).

Figura 2. Escala de avaliação de *delirium* em Cuidados Intensivos – CAM-ICU



Fonte: www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU.pdf

Para a avaliação de *delirium* no doente crítico adulto internado em UCI, as escalas de avaliação validadas são a *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU) (Ely et al., 2001) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik, 2001). Plaschke et al. (2008), referido na revisão feita por Faria e Moreno (2013), compararam as duas escalas, tendo obtido uma boa concordância entre ambas. Neste âmbito, citam também Neto et

al. (2012), que concluíram que a CAM-ICU (Figura 2) tem maior especificidade (95,8% *versus* 74,6%), contudo, a ICDSC tem uma sensibilidade superior para a avaliação de *delirium* (80,1%) em comparação com a CAM-ICU (75,5%). Ambas as escalas foram traduzidas para português do Brasil por Salluh e Dal-Pizzol e validadas no estudo de Gusmao-Flores et al. (2011).

Seja qual for a escala utilizada, só se obtêm resultados positivos se o rastreio do *delirium* estiver integrado num protocolo de atuação, com estratégias de atuação implementadas (Faria & Moreno, 2013). Sem uma detecção precoce, os sintomas de *delirium* não são identificados e tratados, levando a um declínio adicional.

2.6 Prevenção e tratamento de *delirium*

A prevenção tem um papel importante na redução da incidência de *delirium* nos doentes internados em UCI. van den Boogaard et al. (2012) focam a importância de avaliar os doentes quanto à presença de *delirium*, bem como da sua prevenção, cabendo aos enfermeiros implementar medidas preventivas, sendo, provavelmente, a abordagem do doente crítico em UCI a medida mais eficiente.

Muitas das recomendações que são apresentadas por Devlin et al. (2018) na gestão da dor, da agitação/sedação e do *delirium* podem ser implementadas aplicando a *Bundle* ABCDEF (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017). Esta inclui: **(A)** Avaliar, prevenir e controlar a dor; **(B)** realizar (**Both**) ambos os ensaios de despertar espontâneo e ensaios respiratórios espontâneos; **(C)** (**Choose**) escolher a analgesia e sedação; **(D)** *Delirium*: avaliar, prevenir e controlar; **(E)** mobilidade (**Early**) precoce e exercício e **(F)** envolvimento da Família.

Compreendendo os fatores de risco, a prevenção surge como a melhor forma de reduzir a incidência de *delirium*. Alguns dos fatores de risco são modificáveis com intervenções relativamente fáceis e de baixo custo, tais como a mobilização precoce, prevenção da hipóxia, suspensão precoce da ventilação mecânica, remoção precoce de dispositivos invasivos e correção de desequilíbrio hidroeletrólítico (Faria & Moreno, 2013). No entanto, as recomendações com maior evidência para a redução do *delirium* na UCI são a promoção de um sono reparador e a mobilização precoce e progressiva dos doentes críticos (Devlin et al., 2018).

Alguns dos fármacos administrados em UCI aumentam o risco de desenvolver *delirium*, de que são exemplo as benzodiazepinas ou os opioides. A prevenção farmacológica em UCI ainda não demonstrou resultados conclusivos, existindo alguns estudos que tentam validar a eficácia do haloperidol na prevenção do *delirium*.

As intervenções que mais fortemente devem ser encorajadas/adotadas, tanto no tratamento como na prevenção do *delirium*, são as medidas não farmacológicas (Faria & Moreno, 2013).

2.7 Metodologia

O principal objetivo deste estudo é identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium* no doente adulto em situação crítica internado em UCI. O método de pesquisa adotado foi a revisão integrativa da literatura¹, por ser o método mais abrangente que inclui resultados, não só de estudos científicos, mas também artigos de reflexão e de opinião de especialistas clínicos.

Procurando dar resposta a esta temática, numa primeira etapa, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium* no doente crítico internado em UCI?”. Esta questão foi elaborada de acordo com a metodologia PICO (Quadro 3).

Quadro 3. Questão de investigação PICO.

P opulação	Doente crítico internado em UCI
I intervenção	Intervenções de enfermagem
C omparação	Não intervir
O utcome	Prevenção do <i>delirium</i>

Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa em dois motores de busca, a PubMed e a EBSCOhost. Desta forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa,

¹ Revisão integrativa da literatura – é um método de pesquisa que permite ao investigador procurar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes, existentes sobre o tema da investigação, obtendo o estado atual do conhecimento, possibilitando o planeamento de intervenções, bem como a deteção de lacunas para melhorar futuras pesquisas. (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.

Os termos utilizados para a pesquisa na PubMed foram os descritores definidos no MeSH e os utilizados na pesquisa da EBSChost foram os descritores definidos no DeCS (Quadro 4).

Quadro 4. Descritores utilizados na pesquisa.

	Descritores
MeSH	Delirium; Registered Nurses; care, Nursing; Critical Care; Intensive Care Units
DeCS	Delirium; Nursing care; Intensive Care Units

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5. Critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa.

Inclusão	Exclusão
Idioma: português, inglês, espanhol	Crianças (0-18)
Espaço temporal: 2014 a 2018 (5 anos)	
População: adultos: +19anos	
Campo de pesquisa: título e resumo	
Contexto: unidades de cuidados intensivos	

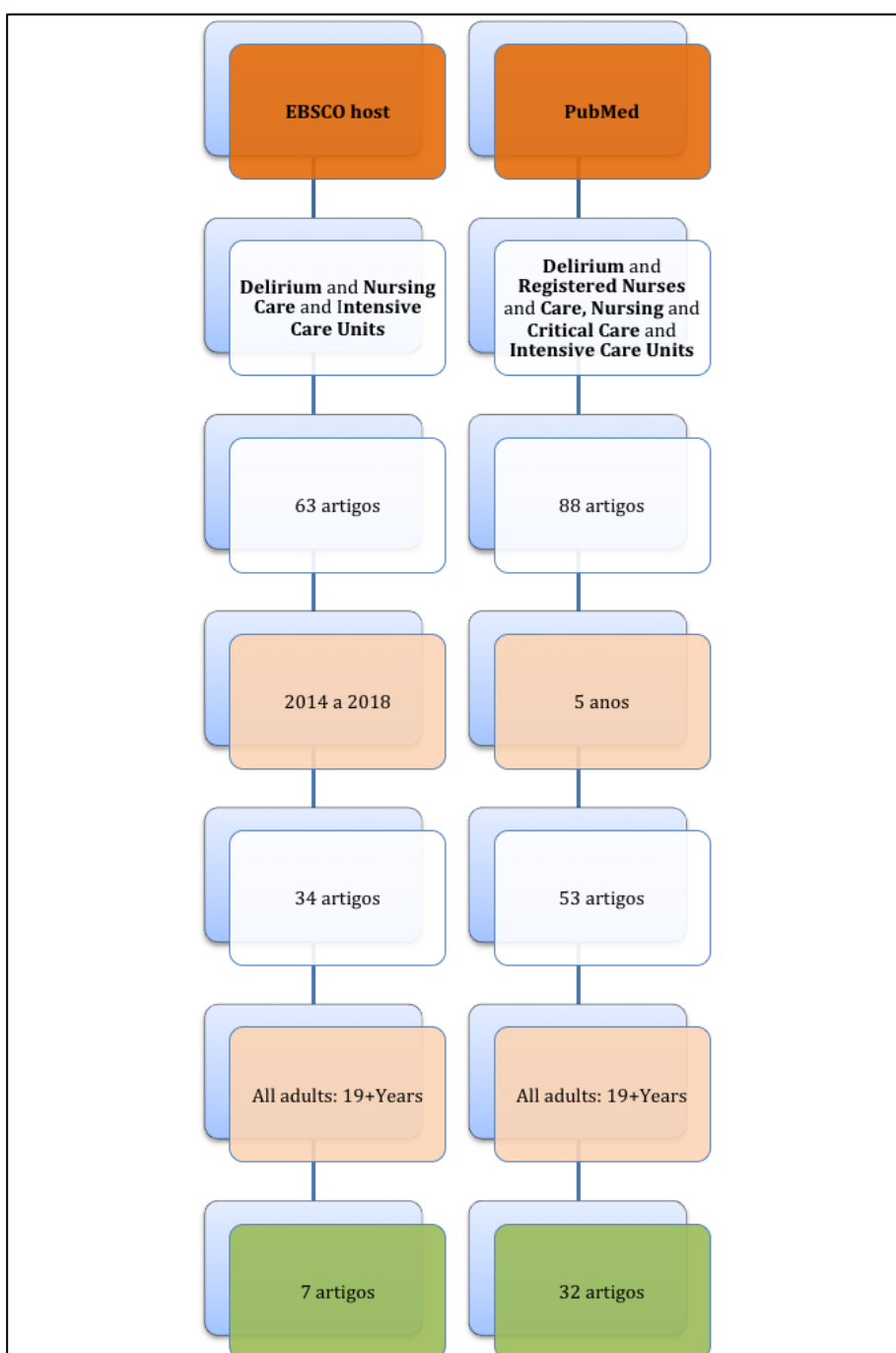
Na terceira etapa, procedeu-se à seleção dos artigos obtidos, inicialmente pela leitura do título e, de seguida, pela leitura do resumo. Na quarta etapa, analisaram-se os artigos e discutiram-se os tópicos que emergiram da leitura.

Finalmente, a quinta etapa contemplou a discussão sobre os artigos selecionados com o propósito de reunir o conhecimento publicado sobre o tema desta revisão.

2.8 Resultados

A pesquisa em ambos os motores de busca foi realizada a 21 de setembro de 2018. No motor de busca EBSCOhost, a pesquisa foi limitada às seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews.

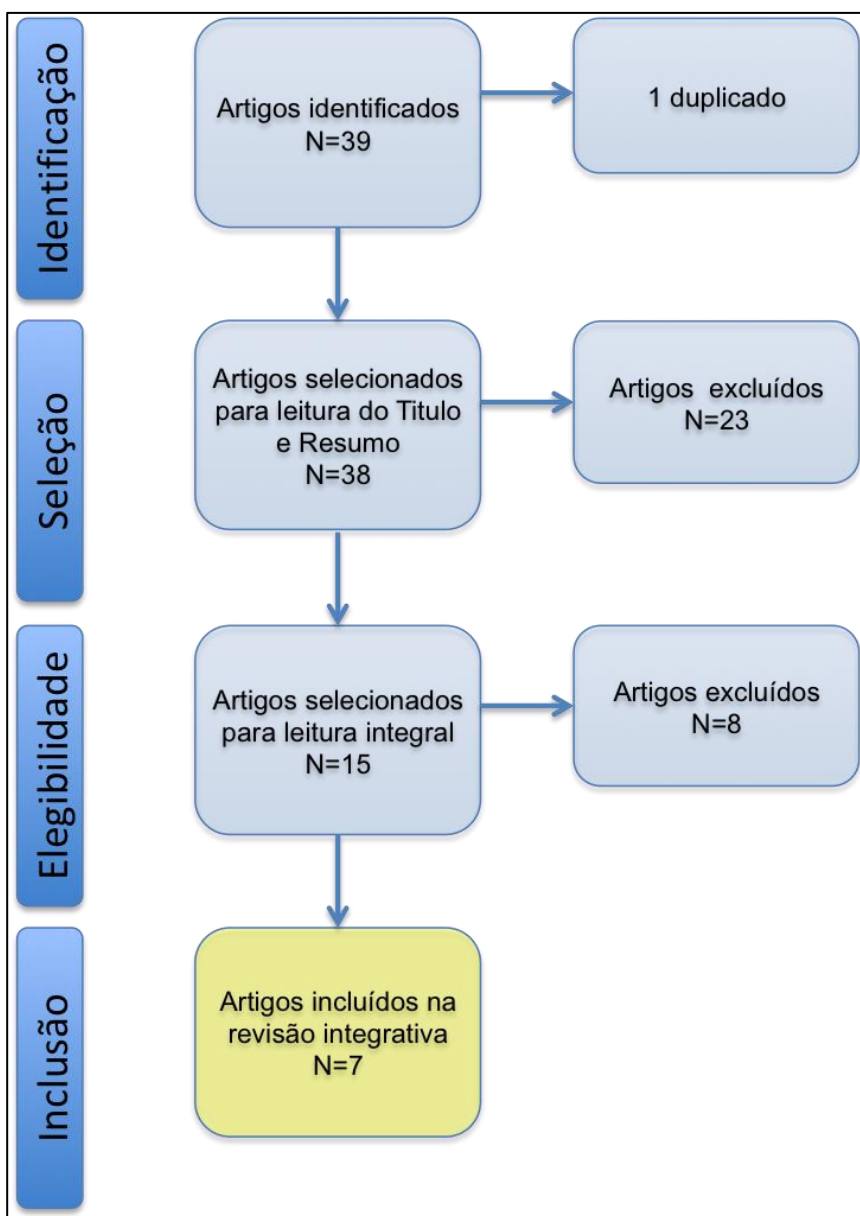
Figura 3. Representação esquemática da pesquisa utilizando os critérios de inclusão e exclusão.



A pesquisa efetuada resultou num total de 151 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão definidos, o resultado foi de 39 artigos (Figura 3).

Após a pesquisa efetuada, os detalhes da revisão estão apresentados no diagrama de fluxo PRISMA (Figura 4) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & Prisma Group, 2009). Nos dois motores de busca, apenas foi encontrado um artigo duplicado. Posteriormente, foram excluídos 23 artigos da leitura do título e do resumo. Após a leitura integral dos 15 artigos, foram escolhidos para inclusão sete artigos para responder à questão em estudo.

Figura 4. Diagrama de fluxo PRISMA



Dos sete artigos selecionados, cinco estão publicados em inglês, um em espanhol, e um em português, todos realizados em diferentes países: Estados Unidos da América, Bélgica, Turquia, China, Espanha e Brasil. A análise dos artigos é apresentada no Apêndice I, após a leitura integral dos artigos selecionados, tendo sido identificados o artigo, os participantes, as intervenções, os resultados e o tipo de estudo.

Com esta pesquisa, foi possível conhecer e compreender melhor a problemática em estudo, permitindo ainda desenvolver a competência que suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), bem como as competências de mestre no que respeita à comunicação de resultados e ao desenvolvimento de pensamento crítico.

2.9 Considerações finais

Antes de fazer alusão às ideias que emergem deste trabalho de investigação, começo por referir que existem poucos artigos publicados que foquem especificamente as intervenções dos enfermeiros na prevenção e gestão dos doentes com *delirium*. É ainda importante ressaltar que a inexistência de um diagnóstico de enfermagem de *delirium*, ou risco de *delirium*, também dificulta a definição das intervenções a realizar pelos enfermeiros.

A formação, ou ausência dela, é apresentada (Cachón-Pérez, Álvarez-López, & Palacios-Ceña, 2014; Birge, & Aydin, 2017) como uma das dificuldades na prevenção, na identificação ou no tratamento dos episódios de *delirium*. Para que se possa prevenir ou tratar adequadamente um doente com *delirium*, é necessário saber identificá-lo e estar desperto para a existência de fatores de risco. Birge e Aydin (2017) dão ênfase à importância da formação ao detetarem que a incidência de *delirium* nos doentes da UCI diminuiu após uma fase de formação e prática por parte da equipa. O reconhecimento precoce do risco ou a presença de episódios de *delirium* levou a um aumento das intervenções não farmacológicas. A ausência de protocolos de prevenção e tratamento de *delirium* e a má utilização das escalas de avaliação de *delirium* foram fatores referidos pelos profissionais, como lacunas na identificação e gestão de doentes com *delirium* (Palacios-Ceña

et al., 2016). O enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, deve desenvolver, em conjunto com a equipa multidisciplinar, protocolos de atuação e atuar como formador, promovendo a implementação desses projetos.

Os profissionais consideram o ambiente da UCI agressivo e hostil, com ruído excessivo, pouca exposição solar e muitos estímulos stressantes (Cachón-Pérez et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2016). Os doentes referem sentimentos como “medo (...) frustração (...) raiva (...) solidão” (Van Rompaey, Van Hoof, van Bogaert, Timmermans, & Dilles, 2016). O enfermeiro especialista, como prestador de cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, deve procurar “minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência em saúde” (Regulamento n.º 361/2015, p. 17241).

Birge e Aydin (2017) identificaram algumas intervenções não farmacológicas, tais como a orientação (facilitada pela presença da família), a mobilização precoce, um ambiente agradável e o favorecimento do ciclo sono-vigília (Birge & Aydin, 2017; Cachón-Pérez et al., 2014).

Munro et al. (2017) identificaram uma diminuição da incidência de *delirium* no doente internado na UCI quando submetido a orientação através de uma gravação, em particular quando esta foi realizada com uma voz familiar ao doente. No estudo de Van Rompaey et al. (2016), os doentes descreveram a chegada dos familiares com uma sensação de alívio. O enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, deve promover e incentivar um ambiente terapêutico e seguro. O alargamento do horário de visitas permite uma presença mais frequente da família (Cachón-Pérez et al., 2014). Os doentes identificaram a comunicação como uma dificuldade (Van Rompaey et al., 2016), podendo esta ser melhorada se os enfermeiros permitirem aos doentes a utilização dos seus óculos e aparelhos auditivos (Birge, & Aydin, 2017).

A mobilização precoce é facilitada se existir uma diminuição da administração de fármacos sedativos para níveis confortáveis para os doentes (Mori et al., 2016). Palacios-Ceña et al. (2016), no seu estudo, identificaram que os profissionais referenciaram a restrição verbal e física como a primeira ação para garantir a segurança do doente com *delirium*. Esta noção é também destacada por Mori et al. (2016), ao referir que a restrição física estava frequentemente presente no

grupo de doentes que apresentou episódios de *delirium*, e Wang et al. (2018) identificaram-na como um fator precipitante para a incidência desta síndrome. Pelo exposto, pode inferir-se que a diminuição da restrição física reduz a incidência de *delirium*.

É possível conseguir um ambiente agradável na UCI mantendo o ambiente calmo e controlando o ruído. Cachón-Pérez et al. (2014) sugerem a utilização de tampões auditivos. Birge e Aydin (2017), no grupo com menor incidência de *delirium*, colocaram relógios e calendários acessíveis aos doentes. Por outro lado, e segundo o estudo de Palacios-Ceña et al. (2016), surge a necessidade de se reprogramar as intervenções de enfermagem por forma a não serem realizadas durante a noite ou serem realizadas apenas as necessárias. Durante a noite, a interação entre os próprios profissionais, é também um importante causador de ruído.

De um modo geral, o ciclo do sono é identificado em todos os artigos. Wang et al. (2018) identificam a privação de sono como um dos fatores precipitantes para a presença de *delirium*. Esta ideia é reforçada por Cachón-Pérez et al. (2014) ao referirem mesmo que a intervenção sobre o ciclo do sono é uma das principais medidas não farmacológicas para a prevenção de *delirium*. No estudo de Van Rompaey et al. (2016), os doentes mencionam a dificuldade em adormecer associada à interrupção do ciclo do sono como um problema na UCI. Birge e Aydin (2017), no grupo que apresentou menor incidência de *delirium*, reduziram a iluminação durante a noite e evitaram as interrupções de sono frequentes.

Uma vez que a prevenção se apresenta como a melhor forma de prevenir o *delirium*, as intervenções de enfermagem devem incidir sobre os fatores modificáveis. Desta revisão, salienta-se a importância da realização de formação às equipas de profissionais (médicos e enfermeiros) para potenciar a qualidade das avaliações e das intervenções, capacitando as equipas com diversas estratégias de intervenção. Com a formação, devem surgir protocolos que identifiquem as situações em que deve ser utilizada ou não a restrição física, e protocolos que definam estratégias para as intervenções a realizar em período noturno, favorecendo o ciclo de sono-vigília.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve procurar manter cuidados de excelência no exercício das suas funções, com vista a promover a saúde do doente crítico e, assim, prevenir complicações.

3. Análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido na aquisição, no desenvolvimento e na consolidação de competências

Neste capítulo, será apresentada a análise crítica e reflexiva realizada nos diferentes contextos de estágio, procurando demonstrar as competências especializadas adquiridas e/ou consolidadas. Esta análise crítica surge assim como fio condutor da minha reflexão incidindo sobre todo o meu percurso.

A prestação de cuidados ao doente crítico é a minha área dominante, atendendo a que, desde que terminei a formação inicial em enfermagem, conto já com 16 anos de exercício profissional nesta área. No decurso destes 16 anos, já trabalhei num serviço de urgência, em três unidades de cuidados intensivos e em três viaturas médicas de emergência e reanimação. Este percurso permitiu-me evoluir e desenvolver competências ao nível do enfermeiro perito. Benner (2005), quando foca o modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus, refere que a experiência e o domínio levam à aquisição da competência, sendo a tomada de decisão do enfermeiro perito neste nível de competência assente num modo de raciocínio intuitivo.

Como competências específicas adquiridas, prévias aos estágios, destaco a formação realizada na Pós-Graduação em Enfermagem de Cuidados Intensivos, no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde – Vale do Ave, em Vila Nova de Famalicão; a formação de 80 horas em emergência pré-hospitalar creditada pelo INEM; a formação em Suporte Básico de Vida/Desfibrilhação Automática Externa e em Suporte Avançado de Vida, certificada pelo Concelho Português de Ressuscitação e certificada pela American Heart Association; o curso de Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado – Básico e Avançado (Prehospital Trauma Life Support), creditado pelo PHTLS Portugal.

Toda a formação pós-graduada que realizei no meu percurso profissional até este momento foi com o objetivo de diferenciar a minha resposta às especificidades dos cuidados de enfermagem ao doente crítico.

O facto de ter estado envolvido, por duas vezes, no projeto de abertura de dois novos hospitais como elemento na organização e preparação de duas novas UCI constitui, sem dúvida, o marco mais importante do meu percurso profissional.

A experiência e responsabilidade na formação de equipas dos dois hospitais que tive o privilégio de abrir permitiram desenvolver e aprofundar competências ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Deste modo, assumi um papel ativo nos processos de aprendizagem, atuando como formador em diferentes domínios, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências de outros enfermeiros. Foram vários os domínios do cuidado ao doente crítico em que intervim como formador, nomeadamente como instrutor de Suporte Básico de Vida/Desfibrilhação Automática Externa pelo Concelho Português de Ressuscitação, formador no terceiro curso de Ventilação Mecânica Invasiva para Enfermeiros, realizado num hospital, com o tema “*Guidelines* da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação”; formador no quinto e sexto curso de abordagem do doente urgente — Módulo 3 | Ventilação e Via Aérea – realizado num hospital, com o tema “Aspetos particulares do cuidado ao doente ventilado”; formador no Curso de Abordagem ao Doente Urgente – Procedimentos em Urgência – realizado num hospital, com o tema “Cateter Venoso Central – Cuidados de Enfermagem”; e copalestrante no 7.º Simpósio de Enfermagem: Cuidados Intensivos e Área da Mulher e Recém-Nascido – realizado num hospital, com o tema “Atue e faça a diferença: laboratórios de SAV”.

No presente momento em que apresento o relatório de estágio no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, exerço funções como segundo elemento do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Beatriz Ângelo desde 2012, colaborando nas funções de supervisão de cuidados ao doente crítico e gestão de uma equipa de 56 enfermeiros e 17 auxiliares de ação médica. Durante este período, fui desenvolvendo competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade e ao nível do domínio da gestão dos cuidados, dando resposta ao disposto no Regulamento n.º 140/2019, que define as competências comuns do enfermeiro especialista.

Para consolidação/demonstração de competências especializadas de enfermagem no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica, o plano curricular do presente mestrado previa ainda a realização de dois momentos de ensino clínico, os quais descreverei de seguida.

3.1 Unidade curricular – A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e decisão clínica

A unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e decisão clínica” consistia num estágio que deveria decorrer num ambiente de aprendizagem clínica, mas atendendo ao artigo 45.º do Decreto-Lei nº 74/2016, de 24 de março, na alínea c) do n.º 1, foram-me atribuídos os créditos da unidade curricular, tendo sido reconhecida a experiência profissional como enfermeiro da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), serviço que desempenho desde 2005 (14 anos). Tempo também suficiente para me ser reconhecida esta competência acrescida pela OE, de acordo com o regulamento recentemente publicado, n.º 226/2018, de 16 de abril, que regula a Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, processo que estou neste momento a realizar.

De acordo com o despacho n.º 5561/2014 publicado em 23 de abril de 2014, que vem revogar o anterior despacho 14898/2011 de 3 de novembro, a VMER é um veículo composto por uma equipa de dois profissionais de saúde, um médico e um enfermeiro. Tem como objetivo realizar o transporte rápido da equipa até ao local onde se encontra a vítima para permitir a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e posterior decisão de encaminhamento ou acompanhamento do doente crítico vítima de doença súbita ou acidente. Ambos os elementos da equipa têm, para além da sua formação de base, uma formação específica em emergência médica ministrada pelo INEM.

A OE define emergência extra-hospitalar como “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (Regulamento 226/2018, p.10759). Para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente

crítico em contexto extra-hospitalar, são necessários, não só o domínio de competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais, como a aquisição de um conjunto de competências especializadas necessárias a este tipo de doentes, implicando um julgamento clínico e uma tomada de decisão suportada pelos conhecimentos adquiridos. Segundo o mesmo regulamento, o enfermeiro de emergência extra-hospitalar é responsável pelos cuidados de enfermagem em situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, prestados à pessoa, ao grupo ou à comunidade, desde o local onde a situação ocorre, até à instituição de saúde para onde será transportada.

Este conhecimento foi adquirido ao longo destes anos de experiência em que estou na prestação de cuidados ao doente adulto em situação crítica, bem como através da formação contínua, promovendo uma cultura de aprendizagem ao longo da vida.

A oportunidade de, no meu percurso profissional, ter trabalhado num serviço de urgência geral e em três UCI permitiu aumentar e diferenciar as minhas competências ao nível dos cuidados prestados aos doentes com diferentes patologias, contextos de atuação e técnicas. Este facto é por mim identificado como uma mais-valia diferenciadora quando estou em ambiente extra-hospitalar. Aqui, para além da mala e do material de transporte, a única coisa com que posso contar é com o meu saber, a minha experiência e a minha preparação técnica e emocional.

Trabalhar fora do hospital em situações complexas e imprevistas, sem o acompanhamento de uma equipa de vários profissionais e, muitas vezes, sem a possibilidade de recorrer de imediato a ajuda mais diferenciada, obriga a ter um domínio e uma segurança dos cuidados prestados que só se adquire com o tempo, a experiência e a formação contínua. Benner (2005) refere estas características quando nos apresenta o enfermeiro perito, descrevendo-o como uma pessoa flexível com elevada capacidade de adaptação e um nível elevado de competências. “A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p.8656, revogado pelo Regulamento n.º 429/2018).

Como enfermeiro desta equipa, é minha responsabilidade identificar focos de instabilidade na pessoa doente e executar cuidados técnicos de alta complexidade por forma a resolver ou minimizar o risco de falência orgânica. Estando apto a dar resposta em todos os tipos de falência do doente crítico, nomeadamente falência respiratória, através da ventilação não invasiva e invasiva; falência hemodinâmica, através de monitorização hemodinâmica, administração de fármacos, colocação de *pacings* transcutâneo; paragem cardiorrespiratória, realizando suporte avançado de vida.

No domínio da responsabilidade profissional, considero que fui adquirindo competências, pois a minha prática reflete a integração destes princípios, e que agi sempre no respeito dos enunciados da OE (2015) referidos no CDE, que me permitiram ter iniciativa na interpretação e resolução de problemas. A tomada de decisão é assente em conhecimento científico atual, tendo por base a formação realizada, sendo aplicada de forma autónoma e discutida em equipa multidisciplinar, ponderando e analisando as diferentes opções.

No entanto, nem todas as situações são médicas e uma boa parte da atuação da VMER ocorre em circunstância de trauma, onde muitas vezes nos deparamos com cenários de multivítimas. Nestas situações, é necessário estabelecer prioridades de atuação e sistematizar as ações a realizar, procurando trabalhar em conjunto com outras equipas que podem estar presentes no cenário, sendo necessário, por vezes, assumir o papel de liderança dessas equipas e orientar outros elementos nesta situação de *stress*. Desta forma, demonstro o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, procurando adaptar o estilo de liderança à situação em questão, utilizando estratégias por forma a otimizar a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Os cenários de catástrofe, como sejam acidentes de viação, incêndios, desastres naturais, entre outros, são por vezes os mais difíceis de praticar. Por este motivo, participei ao longo dos anos em diversos exercícios/cenários realizados pelo INEM, em especial os que decorrem no aeroporto de Lisboa, tendo por base o plano de emergência do aeroporto, por forma a sistematizar a atuação dos elementos das diferentes equipas.

Mas o âmbito de intervenção ao doente em situação crítica não se esgota no doente em si e muitas vezes em contexto extra-hospitalar, no qual é a equipa que

se desloca até à pessoa em situação crítica, a presença da família em situações emergentes é uma constante. A competência definida pela OE sobre autoconhecimento e assertividade (Regulamento n.º 140/2019) é, neste âmbito, colocada constantemente em prática. A necessidade de gestão da comunicação interpessoal com as famílias, gestão de conflitos, manutenção de um ambiente seguro e resposta às perturbações emocionais da família do doente em falência orgânica ou mesmo (e tão frequente) no óbito, são competências mobilizadas quase diariamente neste contexto de trabalho.

A gestão da ansiedade das famílias em contextos de peri-paragem ou reanimação requer experiência. Numa fase de iniciado, o foco é apenas o doente (iniciado BENNER), num patamar seguinte, o objetivo é tentar não comprometer a abordagem ao doente e não falhar na comunicação e no apoio à família. Na fase em que me encontro (perito BENNER)², num único cenário procuro assegurar a abordagem ao doente, gerir a ansiedade e o medo da família, controlar e assegurar a segurança de todos os intervenientes, mobilizar recursos, antecipar meios de transporte para o hospital ou prestar apoio emocional à família (Benner, 2005). O que descrevo acontece enquanto se faz massagem cardíaca, se prepara medicação e se cumpre o terceiro ciclo do “ramo” direito de um dos mais de dez algoritmos de paragem e peri-paragem que implementamos e conhecemos com detalhe. Todo este processo permite demonstrar a aquisição da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, ao nível do cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, quer no que respeita à prestação de cuidados, quer à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

A experiência, no entanto, não parece reduzir o impacto emocional das situações de perda da família em caso de óbito do doente, considerando a gestão emocional tão ou mais complexa do que os cuidados técnicos referidos anteriormente.

² O enfermeiro perito é aquele que desenvolve as suas capacidades e habilidades ao longo do tempo, partindo de uma base educacional. Realiza as suas ações com base na experiência e intuição sobre as situações vividas, executando as suas funções de forma fluida, complexa e eficaz. (Benner, 2005)

Dou como exemplos a esposa que perdeu um marido numa ceia de natal, ou o pai que perdeu um filho num acidente de viação, ou a mãe que vê o seu bebé deixar de respirar no seu colo. Ao longo destes anos, já foram muitos os maridos, muitos os pais e muitas as mães que assisti na mesma situação, o que me leva a ter de lidar, quase diariamente, com a pior dor emocional que um ser humano pode ter... afeta-nos sempre, não atenua. Acompanhar a família no processo de luto e procurar dignificar a morte do seu familiar são competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica ao nível da assistência a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, que considero adquiridas neste contexto e, infelizmente, muitas vezes colocadas em prática.

3.2 Unidade curricular — Estágio e relatório final

A abordagem ao doente adulto e idoso grave requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento das suas funções e que atue com a metodologia correta (Silva & Lage, 2010). Deste modo, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e contínuos, dando resposta às necessidades que se encontram afetadas. A manutenção das funções básicas de vida, prevenindo o aparecimento de complicações e a diminuição das incapacidades, é o principal objetivo, tendo como finalidade a recuperação total do doente (Regulamento n.º 429/2018). Assim, a abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica e maximizando a eficácia e a eficiência da atuação (Silva & Lage, 2010).

O estágio constituiu um momento de aprendizagem que, aliando a teoria à prática, permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências importantes na abordagem de enfermagem ao doente crítico. Segundo Martin (1991), citado por Abreu (2007), o estágio consiste num momento de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove uma relação entre um formador e um formando, decorrendo num contexto de trabalho de natureza clínica. Segundo Bousso, Merighi, Rolim, Riesco e Angelo (2000), o

estágio é essencial à formação. Este proporciona uma reflexão sobre a ação profissional e uma visão crítica da dinâmica das relações existentes, devendo ser apoiado por uma tutoria precursora de novas experiências, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos. Como forma de delinear a minha ação, a realização do projeto de estágio teve especial relevo, promovendo o desenvolvimento e a consolidação de competências importantes de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta unidade curricular — “Estágio e Relatório Final” — decorreu em dois períodos, divididos por dois locais de estágio, entre 3 de setembro e 19 de dezembro de 2018, num total de 360 horas. De 3 de setembro até 25 de outubro, estive no contexto de urgência, onde prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência. De 26 de outubro a 19 de dezembro, o contexto foi o de cuidados intensivos, onde prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos. Cada período teve uma carga horária de 180 horas.

3.2.1 Estágio em contexto de urgência

A escolha deste campo de estágio surgiu da vontade de consolidar conhecimentos teóricos e práticos na área do doente crítico médico e cirúrgico em contexto de urgência, mais concretamente aos doentes vítimas de trauma. O meu contacto com doentes vítimas de trauma ocorre quase exclusivamente no desempenho de funções em contexto extra-hospitalar, motivo pelo qual gostaria de conhecer e perceber o funcionamento, a organização e a prestação de cuidados na restante abordagem ao doente pelas equipas em contexto intra-hospitalar.

No decorrer da minha experiência profissional, já desempenhei funções num serviço de urgência médico-cirúrgico, pelo que não se tratou de um contexto totalmente novo para mim. No entanto, já decorreram cerca de 11 anos e, desde aí, muito mudou, desde a minha experiência profissional à forma como são prestados os cuidados a estes doentes. Conforme destaca Benner (2005), o tempo possibilita a aquisição de conhecimento prático, mas nem sempre permite

que interiorizemos os nossos progressos. Este desenvolvimento dá-se quando testamos e nos desafiamos em situações reais. A experiência surge como um meio na aquisição de perícia.

O SU é, como o seu nome indica, um serviço ao qual recorre quem necessita de uma resolução rápida para o seu problema. De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, o objetivo dos serviços de urgência é a prestação de cuidados de saúde em todas as situações cuja gravidade requeira uma intervenção médica imediata, atendendo aos critérios clínicos adequados. Quem recorre ao serviço de urgência espera ser atendido com a máxima prontidão, que lhe prestem cuidados de qualidade e que lhe preservem a sua vida; isto num ambiente calmo, seguro e de grande competência técnico-científica e humana. Qualquer que seja o problema de saúde que afeta o doente que recorre à urgência, ele considera-o como o mais urgente. O SU tem, por isso, como objetivo “prioritário prestar assistência a indivíduos em situação de urgência/emergência. É dever dos seus profissionais usar de competências para preservar as funções vitais do utente, sempre numa perspetiva humanista” (Torres & Reis, 2002, p.30).

Empiricamente, considera-se que os SU são, por norma, locais superlotados, desorganizados, onde a ansiedade e o *stress* de quem recorre e de quem lá trabalha nem sempre permitem conseguir esta perspetiva humanista. Muitas vezes, as características intrínsecas ao serviço poderão ser utilizadas como justificação da despersonalização e desumanização dos cuidados de enfermagem prestados. No entanto, enquanto prestadores de cuidados, devemos perceber que o contributo social e económico dos cuidados prestados pelos enfermeiros é tão ou mais importante do que a defesa e valorização da profissão em si (Collière, 1999), devendo este ser visível, mesmo nos contextos mais complexos como seja o do SU.

Para a realização deste estágio, foi escolhido um serviço de urgência polivalente (SUP) que também fosse centro de trauma (Despacho n.º 13427/2015 de 16 de novembro). Um SUP apresenta o “nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência” (Despacho n.º 727/2007 de 15 de janeiro, p.1123), devendo estar em articulação com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria. O local escolhido permitiu uma conjugação de interesse de natureza pessoal com a possibilidade de aperfeiçoamento profissional.

Este SU apresenta a sua estrutura dividida em vários setores assim denominados: admissão de doentes, triagem, gabinetes de atendimento médico, balcão azul/verde e balcão amarelo/laranja, salas de observação, sala de isolamento, sala de abcessos, sala de pequena cirurgia, sala de reanimação, sala de trauma, sala de pausa de enfermagem, sala de pausa de médicos, salas de armazenamento, sala de sujos, balcão de administrativos e salas de espera de doentes.

A equipa que constitui este vasto serviço é composta por médicos das várias especialidades médicas e cirúrgicas, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e administrativos. Existe ainda o apoio de outras valências que nem sempre estão fisicamente no SU, tais com a farmácia, esterilização, apoio social, nutricionistas e dietistas, psicólogos, serviços religiosos, serviço de transportes e rouparia.

A fim de desenvolver um nível adequado de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram definidos um objetivo geral e dois objetivos específicos.

Como objetivo geral foi definido:

ampliar conhecimentos e competências científicas, técnicas, éticas, relacionais, comunicacionais, educativas, pessoais e profissionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- (1) participar na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de serviço de urgência;
- (2) contribuir para a melhoria da abordagem ao doente em situação crítica com sinais de *delirium* em contexto de serviço de urgência.

Conforme traçado nos objetivos, aos longo dos turnos foi possível passar pelos diferentes setores da urgência para perceber a dinâmica de cada um e a forma como estes se articulavam uns com os outros.

O SU é confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma grande variedade de patologias. A sobrecarga de trabalho varia com o número de doentes que recorrem ao serviço, com o estado clínico e com a

hora. Desta forma, é essencial que os doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não de chegada. Assim, uma das áreas que constituem o SU é a triagem.

Neste hospital, é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester. O objetivo dos sistemas de triagem é garantir ao doente a assistência adequada e num tempo apropriado, de acordo com as suas necessidades, baseando-se para isso em fluxogramas (Santos, Freitas & Martins, 2014). Por este setor passam todos os doentes que entram na urgência. A função do enfermeiro é, pois, determinante ao definir a prioridade pela qual o doente deve ser observado e por quem será observado. Esta abordagem deve ser rápida e sistematizada. Neste sentido e a propósito da definição de enfermeiro desenvolvida por Virgínia Henderson, Vieira (2008) menciona que a enfermagem tem como função cuidar das pessoas doentes e saudáveis como estas o fariam, caso fossem munidas de conhecimento, força e vontade. Quando uma pessoa recorre ao SU é porque sente que o seu estado de saúde está ameaçado/debilitado, e procura ajuda para suprimir a sua limitação.

Foi importante perceber as dificuldades que por vezes surgem nesta tomada de decisão. A variabilidade da decisão é minimizada por fluxogramas e discriminadores, e os enfermeiros têm de receber formação exaustiva, pois não é possível fazer triagem sem a frequência desse curso.

Nas salas de observação, por norma, o ambiente é aparentemente mais controlado. Mas a dinâmica imprevisível deste tipo de serviço evidencia-se em todas as valências, sendo esse talvez o maior desafio para as equipas. Como exemplo, relato uma situação que ocorreu enquanto estava numa das salas de observação. Um dos doentes que inicialmente estaria clinicamente mais estável teve uma rápida degradação da sua condição clínica. Em poucos segundos, foi dado o alerta e foi iniciada a intervenção determinada como adequada para aquela situação. Foi efetuada uma avaliação rápida da condição clínica do doente, tendo sido identificados alguns sinais de choque – alteração do estado de consciência, palidez, diaforese, taquipneia, hipotensão e taquicardia. O doente foi mobilizado para uma maca para assegurar a posição de supina, foi canalizado um acesso venoso periférico e colocado um soro em curso, para assegurar a reposição da volemia, bem como a administração de terapêutica em caso de paragem ou peri-paragem, tendo de seguida encaminhado o doente para a sala

de reanimação. Neste caso, de forma a dar resposta a algumas das competências a consolidar, foi tomada a iniciativa, sendo criativo na interpretação e resolução do problema. Procurei gerir e interpretar de forma adequada a informação, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente. Na sala de reanimação, surgiram mais elementos da equipa multidisciplinar que, em conjunto, contribuíram para a estabilização do doente. Analisando a situação, a atuação de toda a equipa foi eficaz e eficiente, demonstrando que estão capacitados e treinados a reagir perante situações imprevistas e complexas. Em relação ao meu comportamento no contexto, senti-me confortável e calmo perante a situação, procurei realizar as intervenções de enfermagem como um elemento integrado na equipa, para dar resposta a uma das competências a consolidar, através da capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, mobilizando “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

Só uma base de conhecimentos consolidada permite o despiste e a intervenção autónoma, numa primeira fase, e multidisciplinar, numa segunda fase, do doente em situação crítica.

A passagem pelo posto de trabalho balcões (designado assim pela equipa do SU) foi confusa, tal como é a própria natureza desta valência. Apesar do conforto que a experiência profissional de 16 anos com doentes críticos permite, considero que, nesta valência, o desafio não está relacionado com a complexidade dos doentes (uma parte destes doentes acaba por ter alta para casa), mas sim com a gestão de muita informação em simultâneo.

Os doentes surgem na sala, na sua maioria, acompanhados pelo assistente operacional, apenas com a curta informação reunida pelo enfermeiro que se encontra na triagem. Vieira (2008) refere o direito de o doente ser tratado com humanidade, competindo ao enfermeiro dar atenção à pessoa como um todo único. É necessário abordar o doente, recolher a história clínica e perceber o motivo que o trouxe ao serviço de urgência. De seguida, importa realizar uma avaliação inicial de sinais vitais para poder despistar alguma instabilidade e risco de falência orgânica, fazer uma gestão antecipada da dor e do bem-estar do doente e atuar em conformidade, caso se justifique. O desafio para a equipa de enfermagem centra-se também em cumprir o direito do doente à privacidade e ao

respeito, disposto na Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), no n.º 1 da Base XIV, na alínea c). O espaço da sala é manifestamente pequeno para o número de doentes que ali se encontram, estando as macas praticamente encostadas umas às outras, não constituindo da minha parte um juízo de valor, mas tão-só a constatação de um ambiente que pode dificultar uma prática de cuidados segura e de qualidade. A equipa de enfermagem faz um esforço para conseguir prestar cuidados de enfermagem, mantendo a dignidade e o respeito pelos doentes, estando constantemente a fazer mobilizações para permitir que os cuidados de enfermagem sejam prestados sob a privacidade proporcionada pelas cortinas que ali existem, procurando cumprir o disposto nos princípios gerais do CDE. Na procura incessante da missão do enfermeiro que é a prestação de cuidados de enfermagem, Vieira (2008) salienta o compromisso com a excelência do cuidar no exercício da profissão, de acordo com o artigo 99.º do CDE (OE, 2015).

Durante o estágio, foi realizada pesquisa bibliográfica por forma a conseguir prestar e planear melhores cuidados de enfermagem. Na sala de reanimação, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes críticos, emergentes, com diversas patologias médicas, entre elas: síndrome coronário agudo, doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, edema agudo do pulmão, reação alérgica com choque anafilático, intoxicação medicamentosa, hemorragia digestiva, acidente vascular cerebral, sépsis. Nas salas de trauma, foram ainda prestados cuidados a doentes vítimas de trauma, com lesões musculoesqueléticas, traumatismo cranioencefálico, pequenos traumatismos e politrauma. Os cuidados ao doente vítima de trauma são dirigidos essencialmente ao tratamento, mas, segundo Dutton et al. (2011), devem também ser dirigidos à educação, prevenção e reabilitação. Durante o estágio, a maioria dos cuidados prestados a estes doentes foram dirigidos ao tratamento, uma vez que a grande maioria eram recebidos nas salas de trauma.

De acordo com a norma de boas práticas em trauma, publicada pela Ordem dos Médicos (2009), a sala de emergência é uma área fulcral num SU. Neste local, está concentrado um número complexo de meios com capacidades para avaliação e tratamento inicial de um doente crítico. A equipa tem à sua disposição um conjunto de recursos para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções. Atendendo ao seu objetivo, esta sala deve estar preparada e equipada para receber e estabilizar o doente crítico.

Numa sala de reanimação e de trauma, devem estar garantidas as condições de segurança, tanto para os profissionais como para os doentes que chegam ao serviço. Deste modo, a organização, arrumação e estruturação da sala deve ser sempre mantida. É da responsabilidade dos enfermeiros que estão destacados nestes postos fazer a verificação da sala assim que iniciam o respetivo turno. Existe uma *checklist* da sala de trauma e outra da sala de reanimação onde é confirmada a operacionalidade de equipamentos e a disponibilidade do material necessário em todas as situações. A presença do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nestas salas é corroborada pelo Parecer n.º 14/2018, de 2 de julho, emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, quando diz que o “enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o *core* de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (p.2).

A organização destas salas deve permitir uma atuação eficaz, sendo recomendado que os materiais estejam agrupados e protocolados por técnicas e áreas de intervenção (OM, 2009). Constatou-se que as quatro salas têm o equipamento e material semelhante com carro de reanimação, (apenas uma das salas tem material para via aérea difícil), ventilador, rampas de oxigénio e ar comprimido, dois aspiradores de fluidos, seringas perfusoras, monitor de sinais vitais, armário de medicação e armário de soros. O equipamento de proteção individual encontra-se na entrada das salas, estando no interior das salas apenas disponível luvas de proteção. As salas de emergência têm uma disposição semelhante, mas as duas salas de trauma não, podendo dificultar a abordagem a dois doentes em simultâneo. Em todas, os armários estão catalogados de forma visível e o material para as diferentes técnicas está organizado em *kits*, por exemplo, material para: realização de pericardiocentese, colocação de drenagem torácica, colocação de cateter venoso central ou cateter de linha arterial, algaliação ou colheita de hemoculturas.

Tentando descrever em relatório algumas das experiências que maior impacto tiveram sobre mim e que permitem adquirir/consolidar algumas competências avançadas, relato a situação um casal vítima de acidente de mota – embate com projeção das vítimas. À chegada, encontravam-se devidamente imobilizados em plano duro para estabilização ou prevenção de agravamento de lesões.

As admissões nas salas de trauma são feitas pela equipa de enfermagem e pela equipa de cirurgia, acompanhadas por um assistente operacional. A equipa de enfermagem é constituída por dois enfermeiros com experiência em cuidados a doentes com trauma e, se necessário, esta equipa é reforçada por mais elementos. Nesta situação, foram encaminhadas para as salas de trauma duas vítimas, tendo sido necessário reforçar a equipa com mais elementos da equipa de enfermagem. Neste caso, as vítimas vinham acompanhadas pela equipa da VMER. Ficaram dois enfermeiros responsáveis por uma vítima e dois enfermeiros com a outra vítima. Fiquei com a vítima masculina, que aparentemente seria a mais grave. Um dos enfermeiros ficou à cabeça da vítima, sendo responsável por manter a imobilização cervical, e tem a função de coordenar todos os movimentos que sejam feitos com aquele doente. É também este o elemento que se encontra mais perto da vítima e comunica com ela, procurando fazer a colheita de dados acerca da história atual ou história clínica relevante, aproveitando este momento para perceber o estado neurológico da vítima e se tem memória para o acontecimento vivido, e tenta transmitir calma e confiança acerca do tratamento que está a ser ou que será realizado. O outro enfermeiro ficou responsável por receber a informação da equipa do extra-hospitalar, monitorizar o doente, garantir a existência de acessos venosos periféricos adequados à situação, fazer a colheita de sangue para análises e administrar medicação caso seja prescrita. De acordo com as competências a consolidar, nesta situação, foram otimizados o ambiente e os processos terapêuticos da pessoa que se encontrava a vivenciar um processo complexo que decorreu de uma situação aguda. A NANDA (2015) define o diagnóstico de Risco de Trauma como “vulnerabilidade à lesão tissular accidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura), que pode comprometer a saúde” (p. 414). Segundo o estudo realizado por Cyrillo, Dalri, Canini, Carvalho e Lourencini (2009), este diagnóstico foi identificado em 82% das vítimas de trauma grave, com exceção do trauma provocado nos membros, por armas brancas ou armas de fogo. Na avaliação do doente traumatizado, o enfermeiro na sala de trauma deve ter conhecimentos da biomecânica e conhecer os mecanismos de trauma (NAEMT, 2004) para estar desperto para investigar o risco potencial de lesão de cada vítima. Para a atuação nesta situação, foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos, provenientes da experiência profissional em contexto extra-hospitalar. Após a estabilização clínica dos doentes, a ansiedade destes

estava focada no estado clínico um do outro. Como estavam na mesma sala, conseguiam comunicar entre si, mas devido à imobilização em que se encontravam, não se conseguiam ver um ao outro. Procurando cuidar da pessoa a viver processos complexos decorrentes da situação aguda, foi realizada uma videochamada entre nós para permitir que se conseguissem ver um ao outro, diminuindo o nível de ansiedade destes. Atendendo ao diagnóstico de ansiedade da NANDA (2015), que define como um "... sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica" (p. 325), é importante reduzir a ansiedade das vítimas para se conseguir cuidar e estabilizar a vítima de trauma e humanizar os cuidados.

No mesmo registo de necessidades priorizadas pelo doente em situação crítica, relato outra situação ocorrida na sala de trauma, onde é recebida uma mulher vítima de acidente com arma de fogo, baleada na região posterior do corpo com tiros de caçadeira. Apesar do aparato da situação que se apresentava no cenário da sala de trauma, a doente encontrava-se estabilizada e sem necessidade de intervenções complexas. Embora ansiosa com a sua situação de saúde, a sua grande preocupação era o filho de um mês que se encontrava em casa a precisar dos seus cuidados. Em decisão com a equipa de enfermagem e valorizando a preocupação da doente, percebemos que este seria um problema que teríamos de resolver. Atendendo à dimensão ética da enfermagem, o enfermeiro lida diariamente com problemas éticos, sendo necessário que a tomada de decisão seja provida de um saber ético, de uma sensibilidade moral e experiência de vida procurando o compromisso por fazer o que "está certo" (Vieira, 2008). Após a análise da situação, em conjunto com a doente, decidiu-se pedir à família para trazer o bebé. A doente foi transferida para a sala de isolamento que existe no SU (uma sala mais protegida, com ambiente calmo e sem contacto com outros doentes) permitindo assim amamentar o bebé, cumprindo o disposto no artigo 102.º do CDE (OE, 2015), respeitando as opções culturais e morais da pessoa e criando condições para que possa exercer os seus direitos. Esta situação permitiu de forma inequívoca consolidar a competência de cuidar da pessoa e família que se encontra num processo complexo que decorreu de uma situação aguda e assistir nas perturbações emocionais decorrentes.

Tendo em conta o meu percurso profissional, a grande expectativa deste estágio era esta valência, considerando totalmente atingidos os objetivos de estágio com

a experiência vivida neste espaço. A experiência consolidada por anos de prática em contexto extra-hospitalar e em cuidados intensivos deixava alguma curiosidade profissional pelos cuidados prestados no “meio”, sendo o percurso natural dos doentes críticos: abordagem extra-hospitalar (estabilização e transporte)⇒ Sala de reanimação (SAV e avaliação)⇒ Cuidados Intensivos (internamento em cuidados críticos).

A experiência na sala de reanimação também foi gratificante, porém, os doentes que chegam a esta sala têm essencialmente patologias médicas. A minha experiência profissional permite que me sinta confortável na prestação de cuidados de enfermagem a esta tipologia de doente crítico.

Merece destacar a abordagem a um jovem doente, um turista alemão com uma reação anafilática grave, após a ingestão de nozes às quais era alérgico. Para a European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), citado por Cardona et al. (2016), a anafilaxia é definida por uma reação alérgica grave de instalação rápida e potencialmente mortal. À chegada à sala de reanimação, o doente apresentava sinais e sintomas de uma reação anafilática grave, caracterizada por uma reação de instalação súbita, que afeta a pele e as mucosas (urticária generalizada, eritema, edema dos lábios, *flushing*) associada a sinais de dificuldade respiratória (polipneia, dispneia, hipoxemia, broncospasmo) e hipotensão. Estes casos podem evoluir rapidamente para situações de paragem respiratória, daí a necessidade de uma rápida avaliação e atuação. Apesar da barreira linguística que existia, a comunicação foi importante para manter o doente colaborante nos cuidados emergentes que estavam a ser prestados. O trabalho em equipa foi fundamental para se conseguir evitar a colocação de uma via aérea avançada ao doente que, sendo um procedimento mais invasivo, teria maior risco de complicações. À medida que o doente foi recuperando, foi possível perceber melhor como esta situação tinha ocorrido. O doente já tinha esta alergia diagnosticada e costuma ter consigo um dispositivo autoinjeter de adrenalina, tendo, porém, naquele dia, deixado o medicamento no hotel. Aproveitámos para fazer o ensino sobre a necessidade de andar sempre com este dispositivo e de questionar sempre nos restaurantes se existe a possibilidade da existência de nozes na refeição.

Durantes as oito semanas, foram observadas e refletidas algumas situações sobre a área de prevenção e controlo de infeção e sobre alguns procedimentos

realizados pelas várias equipas que atuam no serviço de urgência. Foi constatado que alguns dos procedimentos realizados podem não ser os mais corretos, atendendo à evidência existente. Como exemplo, observamos que a maioria dos enfermeiros, para realizar a técnica de punção para cateterização de um acesso venoso periférico, não utiliza luvas, tal como previsto pela Direção-Geral da Saúde na Circular Normativa n.º 013/2014 (atualizada a 07/08/2015) — Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde.

No caso da inserção de acessos venosos periféricos, não é necessário utilizar luvas estéreis, mas sim luvas limpas, desde que o local de punção não seja tocado depois de ser feita a desinfeção da pele (O'grady et al., 2011). Segundo Ferreira, Bertolo, Andrade e Andrade (2009), a maioria dos enfermeiros refere a diminuição da sensibilidade e tato como um dos motivos para a não utilização de luvas. Da experiência profissional que tenho, tanto em contexto intra como extra-hospitalar, nunca deixei de utilizar luvas para a realização de uma punção venosa. Observei, ainda, por parte da equipa médica, alguns procedimentos que foram realizados sem a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados, nomeadamente colheita de hemoculturas com material esterilizado, mas sem utilizar técnica asséptica, realização de procedimentos cirúrgicos sem a utilização de bata esterilizada ou máscara cirúrgica. Em algumas destas situações, foi alertado o profissional em causa, mas nem sempre consegui o resultado esperado. Procurei ainda sensibilizar para a mudança de comportamentos referentes à higienização das mãos nos cinco momentos como a medida mais básica, de reduzido custo e eficaz no controlo e na prevenção da transmissão de infeções pelos profissionais de saúde. Procurei igualmente alertar para a necessidade de criar as condições físicas e estruturais para essa efetivação, sustentadas na evidência. Ao nível do controlo de infeção, a intervenção do enfermeiro é um trabalho contínuo em todas as equipas e nunca se esgota, sendo uma das competências fundamentais do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018), uma das competências específicas é “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p.19363). A passagem da tempestade Leslie

que recentemente atravessou o nosso país criou a necessidade de consultar o Plano de Catástrofe Externa do hospital. Sendo o SU a porta de entrada dos doentes no hospital, este serviço é dos que sofre maiores alterações na sua dinâmica e estrutura. O plano está definido em dois tipos: dar resposta a situações de alta intensidade e curta duração ou dar resposta a situações de baixa intensidade e longa duração. Apesar de ser obrigação de todos os elementos da equipa conhecerem o plano de catástrofe, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve participar na elaboração e reestruturação deste plano, mobilizando os conhecimentos adquiridos na teoria e a sua experiência profissional. É importante incentivar e dinamizar a realização de um simulacro, pelo menos uma vez por ano, por forma a manter a proficiência da resposta de todos os elementos intervenientes. No hospital onde desempenho funções, é realizado anualmente um simulacro de uma situação de catástrofe onde são envolvidos elementos-chave do hospital, as corporações de bombeiros das localidades envolventes, convidando todos os colaboradores e até elementos da comunidade a participarem como atores nos cenários criados.

Durante este ensino clínico, para além de conseguir consolidar algumas das competências de um enfermeiro especialista, surgiu também a oportunidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem a um doente submetido a ventilação invasiva ou nos cuidados a um doente com cateter arterial. Aproveitando o facto e as necessidades da equipa, especialmente os elementos mais novos no serviço, tive oportunidade de mobilizar a experiência profissional na área dos cuidados intensivos e transmitir a evidência mais recente sobre estes cuidados de enfermagem.

Em relação ao objetivo de contribuir para a melhoria da abordagem ao doente em situação crítica com sinais de *delirium* em contexto de serviço de urgência, este não foi atingido. Da pesquisa realizada, poucos foram os artigos encontrados que abordem as intervenções de enfermagem na prevenção de *delirium* no doente crítico no SU. Existem muitos artigos relacionado com os doentes em unidades de cuidados intensivos, mas muito pouco publicado em relação ao SU. Desta forma, considero importante que as equipas de enfermagem do SU estejam despertas para este distúrbio e o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico terá um papel importante na formação destes elementos.

3.2.2 Estágio em contexto de cuidados intensivos

Este segundo período de estágio poderia ter decorrido em qualquer outra área do doente crítico. Decidi, contudo, realizar o estágio na minha área, ou seja, na área do doente crítico internado em cuidados intensivos.

O motivo desta escolha deveu-se ao meu interesse em iniciar e desenvolver, ainda em contexto de estágio, um projeto sobre o tema central do meu mestrado — intervenções de enfermagem na prevenção do *delirium* no doente internado em UCI — no serviço onde trabalho, o qual não dispunha (à data da realização do estágio) de nenhuma escala de avaliação de *delirium* implementada, não existindo, por isso, medidas de prevenção, deteção ou controlo.

A minha opção por realizar este estágio em UCI tinha como propósito, por um lado, a apresentação do tema à equipa, e, por outro, o desenvolvimento, do ponto de vista profissional, de novas competências técnicas nos cuidados ao doente crítico.

Após 14 anos de experiência em UCI polivalente, são poucas as situações clínicas ou as técnicas sobre as quais tenho pouca experiência. Benner (2005), ao apresentar o modelo de Dreyfus, faz referência ao facto de a competência se transformar à medida que evolui a experiência e o domínio. O enfermeiro perito toma as suas decisões numa base mais holística, compreendendo as situações de forma intuitiva. Contudo, existem ainda algumas situações sobre as quais detenho pouco conhecimento e gostaria de desenvolver as minhas competências técnicas e relacionais, nomeadamente nos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a uma técnica de suporte vital extracorporal, conhecida por ECMO.

O domínio técnico e científico desta técnica permitiria diversificar ainda mais a resposta que posso dar em contexto de cuidados intensivos, assim como prever atempadamente e dar resposta às necessidades específicas do doente com necessidade deste tipo de suporte. Benner (2005) defende que a flexibilidade e inteligência clínica do enfermeiro adquire-se depois do encontro com “doentes em diferentes estados de doença” (p.174), pois torna-se apto no saber e em predizer a evolução do doente. Afirma ainda que “uma enfermeira que tem pouca experiência clínica, terá dificuldades em reconhecer os problemas” (p.174) e

responder de forma adequada quando é confrontada com situações complexas e ambíguas.

No meu contexto de trabalho, por diversas vezes temos a necessidade de referenciar doentes críticos para UCI com capacidade para conectar o doente a ECMO. Os doentes são conectados no serviço e depois são acompanhados pela equipa do hospital de destino. Nos cenários mais críticos ou com doentes mais difíceis, impõe-se uma reflexão/ revisão da prestação da unidade, sendo esta muitas vezes restrita. A continuidade dos cuidados não existe para a equipa que desconhece como o doente chegou ao serviço de destino, quais as necessidades presentes de forma imediata quando o doente é admitido na outra unidade. Acima de tudo, procuro resposta para as questões mais relevantes que surgem da análise retrospectiva dos cenários – poderíamos ter feito alguma coisa melhor? de que modo poderíamos melhorar a nossa prestação de cuidados ao doente com necessidade de ECMO em situações futuras?

A resposta a estas questões só surge através do acompanhamento do percurso completo destes doentes. Por este motivo, o objetivo definido para esta unidade de estágio foi conhecer e perceber o funcionamento, a organização e a prestação de cuidados na restante abordagem ao doente.

Para a realização deste estágio, procurei uma UCI onde fosse utilizado o ECMO. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, existem apenas dois centros de referência na área do ECMO (Despacho n.º 6669/2017 de 2 de agosto), mas não me foi possível realizar aí o estágio. Deste modo, optei por escolher uma unidade onde, não sendo reconhecida como centro de referência, a utilização de ECMO fosse frequente, tendo a escolha recaído sobre uma unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardíaca onde esta técnica é utilizada.

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada, onde os doentes com falência de uma ou mais das suas funções vitais são abordados com vista à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de uma condição clínica aguda grave, mas potencialmente reversível (Penedo et al., 2013).

A UCI é, portanto, o local onde se concentram competências, saberes e tecnologias. Aqui assume-se a responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, procurando controlar, prevenir e reverter falências vitais (Direção Geral de Saúde, 2003). O ambiente de cuidados intensivos será talvez o

sítio onde a aquisição de competências relacionais e emocionais se torna mais premente. Conforme nos diz Côrte-Real (2007)

o cuidar (em cuidados intensivos) está inserido num conturbado ambiente de dependência tecnológica, de exigência do conhecimento técnico-científico, de constante presença da morte, de isolamento social, de ambiente eventualmente ruidoso, de desconforto, de falta de privacidade, e de ansiedade do doente e da família (p.116).

Silva e Lage (2010) realçam a importância dos meios avançados de monitorização e terapêutica, bem como a necessidade de recursos humanos com capacidade e qualidade para curar, tratar e cuidar destes doentes.

Se neste ambiente tecnológico e tecnicista se perder a visão do doente como ser humano, munido de toda uma experiência de vida e de singularidade, não se conseguirá dar resposta a muitas das necessidades identificadas por Côrte-Real (2007).

Para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico num ambiente tão específico como uma UCI, são necessários não só o domínio de competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais, como a aquisição de um conjunto de competências especializadas implicando um julgamento clínico e uma tomada de decisão assessorada por conhecimento adquiridos. Silva e Lage (2010) referem a importância de uma formação estruturada e organizada que permita o planeamento das práticas de trabalho por forma a potenciar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados.

A UCI onde realizei o estágio é de nível III, ou seja, é composta por um quadro de recursos humanos médicos e de enfermagem próprio, estando a assistência médica assegurada em presença física 24 horas por dia (pela especificidade da UCI em si, o médico presente é um cirurgião cardiorácico). Existe a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica fazendo o suporte de múltiplos órgãos em falência, dando resposta ao definido por Paiva et al. (2016). A restante equipa é composta por assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e um administrativo. Existe ainda o apoio da farmácia, esterilização, serviço social, nutricionistas e dietistas, serviços religiosos e rouparia.

Os doentes admitidos nesta unidade são provenientes maioritariamente do bloco operatório. No entanto, podem ser referenciados de outros serviços de internamento do hospital ou de outros hospitais.

A unidade é composta por uma lotação de dez camas de cuidados intensivos de adultos e três camas de cuidados intensivos pediátricos. Não tendo sido um espaço pensado de origem, as características do espaço não são uniformes. Existe um espaço designado de sala azul com cinco camas num regime de UCI aberta, uma sala de três camas chamada de sala amarela com boxes individuais para cada doente, dois quartos individuais – um deles com uma adufa – e a sala da pediatria também num regime de UCI aberta.

As áreas de apoio são constituídas por um secretariado clínico, sala de espera de familiares e visitas, área de armazenamento de material e equipamento, sala de sujos, quarto médico, gabinete médico e de enfermagem, gabinete do enfermeiro chefe e copa.

O sistema de visitas é composto por dois períodos: das 13 h às 14 h e das 19 h às 20 h, sendo permitida a presença de uma pessoa. O processo clínico do doente é misto, ou seja, uma parte do processo do doente existe em papel – onde são feitos os registos – e outra parte do processo está informatizado, onde é prescrita e validada a terapêutica, onde ficam registados os resultados dos exames dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como os resultados laboratoriais e os resultados de imagiologia.

A fim de complementar um nível adequado de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram definidos um objetivo geral e dois objetivos específicos.

Como objetivo geral foi definido:

consolidar conhecimentos e competências científicas, técnicas, éticas, relacionais, comunicacionais, educativas, pessoais e profissionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

(1) participar na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de cuidados intensivos;

(2) contribuir para a melhoria da abordagem ao doente em situação crítica com risco de *delirium* em contexto de cuidados intensivos.

Tal como referido anteriormente, a escolha desta unidade deveu-se ao objetivo de conhecer e perceber o funcionamento, a organização e a prestação de cuidados na abordagem ao doente com ECMO. No entanto, este objetivo teve de ser reformulado já em contexto de estágio, uma vez que, no período em que decorreu o estágio, não foi possível prestar cuidados ao doente com ECMO.

Para poder desenvolver os objetivos específicos, foi necessário conhecer a equipa multidisciplinar e a dinâmica do serviço, tendo para isso sido integrado em escala numa das equipas de enfermagem.

Os doentes que se encontram internados numa UCI estão numa situação de vulnerabilidade e dependem dos profissionais de saúde para realizar as funções mais básicas. Estes encontram-se, na maioria das vezes, dependentes de ventilação mecânica invasiva e terapêutica complexa para manter e preservar as suas funções vitais. Inerente a este ambiente, estão presentes o *stress* e a ansiedade que são partilhados entre os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares (Castro, Vilelas & Botelho, 2011).

A título de exemplo, refiro uma doente em situação crítica à qual prestei cuidados durante o estágio neste serviço. Seria a doente mais instável e, conforme descrito anteriormente, encontrava-se dependente de praticamente tudo para manter as suas funções vitais. Tinha sido submetida a cirurgia cardíaca há dois dias e ainda estava sob sedação e analgesia, dependente de ventilação mecânica. O aparato ao redor da cama era o mais complexo possível, estando a doente sob várias perfusões de fármacos vasoativos, com balão intra-aortico, ligada a gerador de *pacemaker*, alimentada por sonda nasogástrica e conectada a técnica de substituição renal. Nada disto seria novo para mim, com exceção de não conhecer a equipa com quem estava a trabalhar, não conhecer o espaço envolvente ou o material, nem os protocolos de atuação existentes no serviço. Contudo, conforme nos diz Benner (2005), o saber-fazer que resulta do conhecimento adquirido em anos de experiência, permite uma redução do *stress* e mal-estar que a situação pode originar, sendo o enfermeiro perito capaz de compreender, interpretar e responder às necessidades dos doentes.

Em conjunto com o orientador, foi feita uma avaliação das necessidades daquela doente e programadas as intervenções de enfermagem a realizar, as quais foram sendo adaptadas ao longo do turno. Desta forma, consolidei competências nos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência

multiorgânica (Regulamento n.º 429/2018, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica).

Apesar de não estar responsável pelos cuidados de enfermagem prestados a uma outra doente, mas estando habituado a gerir equipas de vários elementos e dar resposta ao doente crítico, fiquei desperto para uma situação em que não se estava a conseguir melhorar o estado clínico da doente. Para melhor perceber e diagnosticar o problema, a equipa médica decidiu colocar um cateter de Swan-Ganz³. A monitorização hemodinâmica do doente crítico é um elemento-chave que vai permitir a elaboração do diagnóstico, prever um prognóstico e definir um plano de tratamento a realizar (Capitão & Pires, 2009). Apercebi-me de que não era uma prática habitual no serviço e que os enfermeiros estavam com dificuldade em cooperar com a equipa médica. Procurei otimizar a resposta da equipa de enfermagem, assessorando os enfermeiros naquele procedimento, com vista à otimização dos cuidados prestados, uma vez que, no meu local de trabalho, recorremos regularmente a este dispositivo de monitorização. Foi possível consolidar, deste modo, o domínio da gestão de cuidados em contexto de estágio, mesmo que de forma breve e numa situação específica, mas que se saldou de modo determinante para o doente. Aproveitei ainda o momento e a necessidade de conhecimentos percecionada na equipa de enfermagem presente para abordar os diferentes tipos de monitorização hemodinâmica invasiva e minimamente invasiva, nomeadamente cateter de Swan-Ganz, cateter PiCCO, cateter Volume View ou o sistema FloTrac, explicando a diferença entre eles e as vantagens e desvantagens que cada sistema apresenta — competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a práxis clínica especializada em conhecimento sólidos, atuando como formador em contexto de trabalho, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem nas situações clínicas. (Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Também em contexto de formação *on job* foi abordado o tema “Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão no idoso, associadas ao

³ Este cateter permite a monitorização invasiva do estado hemodinâmico do doente, possibilitando a monitorização do débito cardíaco (Junior & Leão, 2010).

posicionamento no intraoperatório”, tendo por base a revisão integrativa da literatura realizada na Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II.

Como referido anteriormente, os doentes admitidos nesta unidade são provenientes maioritariamente do bloco operatório. A Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2015) refere que os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem durante o período perioperatório devem individualizar os cuidados a cada pessoa, de forma a prevenir lesões no perioperatório. Segundo Miranda, Fogaça, Rizzetto e Lopes (2016), são seis os princípios sobre os quais a enfermagem perioperatória se deve centrar: o princípio da integralidade, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação.

De entre as principais complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico, a dor musculoesquelética, as lesões da pele e em nervos periféricos e a síndrome compartimental são as mais frequentes (AORN, 2015). Cabe ao enfermeiro avaliar, planear e implementar as intervenções de enfermagem com vista à prevenção de complicações que possam advir do posicionamento cirúrgico.

Deste modo, a equipa foi alertada para o facto de ser imprescindível que os cuidados de enfermagem realizados no intraoperatório se mantenham no pós-operatório, uma vez que os autores referem que as lesões por pressão provocadas no intraoperatório podem surgir até 72 horas após o término da cirurgia (Hartley, 2014; Gianchetta-Ryan, 2015; Penprase & Johnson, 2014).

Posteriormente, foi elaborado e apresentado o póster (Apêndice II) no 1.º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa), “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia” (Anexo I).

Para dar resposta ao segundo objetivo específico — contribuir para a melhoria da abordagem ao doente em situação crítica com risco de *delirium* em contexto de cuidados intensivos —, surgiu a oportunidade de realizar uma visita de observação de dois dias a uma UCI em Madrid, onde se praticam intervenções para prevenir o aparecimento de *delirium* nos doentes internados na UCI.

A UCI em questão tem um programa denominado “UCI DE PUERTAS ABIERTAS” que está inserido no projeto de Humanização das Unidades de Cuidados Intensivos da comunidade de Madrid. Este projeto pretende promover medidas destinadas a proporcionar uma comunicação próxima e amável, com o objetivo de diminuir o *stress* e a preocupação associados ao internamento de um

familiar em UCI. O programa favorece a comunicação entre os doentes e as famílias e entre os doentes e os profissionais de saúde. A comunicação em enfermagem envolve a pessoa que cuida, a pessoa cuidada e os seus familiares.

Uma das principais estratégias implementadas é o tempo de visitas alargado. O doente pode estar acompanhado por um familiar de referência das 11 h até às 22 h 30 min, existindo depois dois períodos distintos para outras visitas. Desta forma, o doente está sempre acompanhado por um familiar, o que diminui o *stress* e o isolamento que é condicionado pela UCI. Há ainda que salientar que este acompanhamento diminui as necessidades de administração de fármacos que aumentam o risco de desenvolvimento de *delirium* (benzodiazepinas e opiáceos), possibilitando ao doente a organização do seu pensamento e manter as capacidades cognitivas, de raciocínio, de memória, orientação, percepção e atenção.

Comparando com a UCI onde realizei o estágio, e procurando fazer uma análise crítica, destaco que, neste âmbito, ainda muito há a desenvolver. No que diz respeito, por exemplo, às visitas, existem apenas dois períodos curtos, e o ambiente em redor do doente é pouco acolhedor, não existindo uma cadeira para o familiar se sentar junto do doente. Apesar da estrutura arquitetónica do serviço não facilitar, o enfermeiro deverá ser um elemento fundamental neste âmbito ao criar estratégias que promovam um ambiente físico gerador de segurança e proteção do indivíduo.

Aqui, a utilização de contenção física do doente é quase inexistente, uma vez que a presença contínua dos familiares possibilita a ausência de necessidade de utilização desta intervenção, diminuindo mais um dos fatores de risco para desenvolvimento de *delirium*.

A equipa de enfermagem está desperta para o elevado risco de *delirium* que estes doentes têm. O papel do enfermeiro é muito importante, pois são estes que fazem a avaliação diária da presença de *delirium* e que, de acordo com o protocolo que foi desenvolvido no serviço, implementam as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que estão preconizadas.

O instrumento de avaliação de *delirium* utilizado nesta UCI é a CAM-ICU, tendo sido partilhado pelos colegas a necessidade de ter experiência para a sua correta aplicação de forma a identificar a presença ou não de *delirium*. Se não for identificado, o *delirium* não pode ser prevenido nem tratado.

Com base na pesquisa bibliográfica efetuada e com a informação recolhida durante a visita a Madrid, foi elaborado um plano de sessão (Apêndice III) e apresentada uma sessão de formação (Apêndice IV) à equipa de enfermagem do serviço onde realizei o estágio com o objetivo de instruir a equipa sobre os cuidados de enfermagem ao doente com risco de *delirium*.

No decorrer do meu estágio, foi possível detetar que esta necessidade de formação já teria sido identificada anteriormente pela enfermeira-chefe de serviço, e partilhada também pelo enfermeiro-orientador, o qual se mostrou interessado em dar continuidade a este projeto após o *términus* do estágio. A implementação e integração deste projeto nos cuidados não teriam sido possíveis no curto espaço de tempo em que decorreu o estágio.

A sessão de formação foi elaborada e apresentada em conjunto com outra enfermeira (aluna que integra a mesma turma de mestrado), a realizar estágio no mesmo serviço, e com interesse no mesmo tema. Esta colaboração permitiu multiplicar as oportunidades de formação e assegurar um maior alcance do tema à equipa. No total, conseguimos formar vinte e quatro enfermeiros do serviço.

Para a avaliação da sessão, foi elaborado um questionário de avaliação (Apêndice V). Os resultados obtidos estão expostos nos gráficos que são apresentados no Apêndice VI.

Posteriormente, foi elaborado um póster intitulado “*Delirium* em Unidade de Cuidados Intensivos – Como intervir?” (Apêndice VII), para afixar no serviço, onde é apresentada a escala de avaliação e onde se podem encontrar as principais intervenções.

Esta ação de formação permitiu enquadrar o papel de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica num serviço de cuidados intensivos, como aquele que “atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidadora, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, p.4749).

Tal como referi no início deste ponto, o objetivo primário seria desenvolver e implementar o projeto de avaliação de *delirium* no serviço onde me encontro a trabalhar, e não tendo sido conseguido em contexto de estágio, não posso deixar de mencionar em relatório que, no momento em que concluo esta etapa, já foi possível criar e iniciar a sua implementação no serviço.

Foi criada uma equipa multidisciplinar constituída por dois médicos e dois enfermeiros, tendo sido aprovada a escala de avaliação de *delirium* CAM-ICU.

Foi desenvolvido um projeto — Projeto Anti-Delirium e Humanização dos Cuidados – com o qual a equipa concorreu a um prémio, tendo o mesmo sido reconhecido com uma menção honrosa, e foram reunidos os fundos necessários para a sua implementação no serviço.

Entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, foi realizada formação a toda a equipa médica e de enfermagem do serviço e foram impressas as escalas de avaliação. Desde março que o despiste precoce de *delirium* passou a integrar os cuidados de enfermagem desta unidade.

4. Considerações finais

A enfermagem portuguesa encontra-se num momento de reestruturação dos seus percursos e de operacionalização das especificidades curriculares, com a validação das competências adquiridas, sejam elas acrescidas, acrescidas Diferenciada ou acrescidas Avançada (Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro).

A escolha de integrar este ciclo de estudos após 16 anos de prestação de cuidados ao doente crítico reflete a minha necessidade de enquadrar a experiência acumulada, validar as competências adquiridas neste percurso, e consolidar o meu nível de diferenciação como enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgico, adquirindo/testando as competências em falta.

A componente de investigação exigida, traduzida na revisão integrativa da literatura que integra este relatório e que impulsionou uma vasta leitura de artigos sobre o tema em questão, assim como a reflexão proporcionada em contexto de sala sobre os mais variados temas da prática, foram essenciais para a defesa do título de especialista e a elaboração deste relatório. Isto porque a reflexão orientada e o aprofundamento dos conhecimentos em investigação são essenciais para este nível de estudos, e não apenas a prática clínica decorrente dos anos de experiência.

A revisão realizada permitiu identificar uma lacuna na abordagem realizada pela equipa de enfermagem ao doente crítico internado em cuidados intensivos. A importância da avaliação da presença de *delirium* e a sua prevenção é facilmente comprovada através da evolução do internamento e, posteriormente, do *outcome* dos doentes que melhora significativamente quando é feita uma adequada avaliação e prevenção e o seu resultado é trabalhado pelas equipas. As intervenções não farmacológicas são as que melhores resultados conseguem atingir e dependem, em grande parte, das equipas de enfermagem, devendo o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ser o motor impulsionador destas intervenções.

O avanço no conhecimento requer que o especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para além das características referidas, deve ser o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação, que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

O papel do enfermeiro na abordagem ao doente crítico pressupõe uma resposta rápida, eficaz e estruturada. Por outro lado e não menos relevante, a prestação de cuidados qualificados de enfermagem ao doente crítico requer um domínio de conhecimentos fundamentados em conhecimento científico atual. Desta forma, é importante manter uma formação contínua baseada na evidência mais recente. A formação contínua associada à profissão de enfermeiro é uma responsabilidade ética e deontológica que permite o desenvolvimento profissional que, por sua vez, conduz a uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes e à família.

O estágio constituiu um ótimo momento de consolidação e aquisição de competências, onde se aliou a teoria à prática, acrescida da orientação de enfermeiros peritos na área. Estes três domínios foram um meio facilitador para o meu crescimento como pessoa e enfermeiro, assegurando o desenvolvimento de competências nas grandes áreas: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

Agora que este processo se aproxima do seu *términus*, olho para trás e revejo a importância de cada etapa para a consolidação do título ao qual me propus. O caminho é longo, mas não termina aqui. A importância da caminhada que é realizada pelo enfermeiro especialista ainda não é compreendida e penso que isto se reflete depois na forma como o especialista é visto nos serviços, não só pelos pares, mas principalmente pelos gestores. A relevância dos cuidados de enfermagem para a saúde da pessoa doente é injustamente desvalorizada. No entanto, os enfermeiros com que me cruzei continuam a cuidar dos doentes e das famílias com dedicação e empenho e são por estes reconhecidos.

5. Referências bibliográficas

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5.^a ed. Artmed Editora. 591-601.

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2015). Guideline for positioning the patient. *Guidelines for perioperative practice*, Denver, Colorado: Association of periOperative Registered Nurses, 563-581.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelencia e poder na prática clínica de enfermagem, edição comemorativa*. trad. A. Queirós. Coimbra: Quarteto.

Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859-864.
Doi: 10.1007/s001340100909

Birge, A. Ö., & Aydin, H. T. (2017). The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 33-42
Doi: 10.1016/j.iccn.2016.08.009

Bouso, R. S., Merighi, M. A. B., Rolim, M. A., Riesco, M. L. G., & Angelo, M. (2000). Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 218-225.
Doi: 10.1590/s0080-62342000000200013

- Cachón-Pérez, J. M., Álvarez-López, C., & Palacios-Ceña, D. (2014). Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 38-45.
Doi: 10.1016/j.enfi.2013.11.004
- Capitão, E., & Pires, J. (2009). Como eu, Enfermeiro, faço Monitorização hemodinâmica. *Revista portuguesa de medicina interna*, 16(3), 51-55.
Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_16_03.pdf
- Cardona, V., Cabañes, N., Chivato, T., De la Hoz, B., Rivas, M. F., Goikoetxea, I. G., ... & Crespo, M. P. (2016). Guía de actuación en anafilaxia (Galaxia 2016), 15-18.
Doi: 10.18176/944681-8-6
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. R. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59.
Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf
- Circular Normativa n.º 013/2014 (2014). Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde, atualizada a 07-08-2015. Direção-Geral da Saúde.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. trad M. Abecassis. Lisboa: Lidel.
- Côrte-Real, I. (2007). Enfermagem em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*. 1, 115-123.
- Cyrillo, R. M. Z., Dalri, M. C. B., Canini, S. R. M. S., de Carvalho, E. C., & Lourencini, R. R. (2009). Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 811-819.
Doi: 10.5216/ree.v11i4.33235

Decreto-Lei n.º 74/2016 (2016). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª Série-A, (n.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Despacho Normativo n.º 11/2002 (2002). Cria o serviço de urgência hospitalar. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série-B, (n.º 55 de 06-03-2002), 1865-1866.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 727/2007 (2007). Atualiza a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 10 de 15-01-2007), 1123-1124.

Despacho n.º 5561/2014. (2014). Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência, revogando o Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 79 de 23-04-2014), 11123-11124.

Despacho n.º 13427/2015 (2015). Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência, revogando o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de fevereiro. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 228 de 20-11-2015), 33814-33816.

Despacho n.º 6669/2017 (2017). Determina os Centros de Referência Hospitalares oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 148 de 02-08-2017), 16069-16070.

Devlin, J. W., Fong, J. J., Fraser, G. L., & Riker, R. R. (2007). Delirium assessment in the critically ill. *Intensive care medicine*, 33(6), 929-940.

Doi: 10.1007/s00134-007-0603-5

Devlin, J. W., Fong, J. J., Howard, E. P., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C., & Marshall, J. (2008). Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 555-565.

Doi: 10.1097/00002727-200307000-00002

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... Balas, M. C. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873.

Doi: 10.1097/CCM.00000000000003299

Direção Geral de Saúde (2003). *Cuidados Intensivos-Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Acedido em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Dutton, R. P., Parr, M., Tortella, B. J., Champion, H. R., Bernard, G. R., Boffard, K., ... Leppaniemi, A. (2011). Recombinant activated factor VII safety in trauma patients: results from the CONTROL trial. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 71(1), 12-19.

Doi: 10.1097/TA.0b013e31821a42cf

Eastwood, G. M., Peck, L., Bellomo, R., Baldwin, I., & Reade, M. C. (2012). A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Australian Critical Care*, 25(3), 162-169.

Doi: 10.1016/j.aucc.2012.01.005

- Elliott, S. R. (2014). ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(6), 333-338.
Doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.004
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., ... Hart, R. P. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703-2710.
Doi: 10.1001/jama.286.21.2703
- Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., ... Sessler, C. N. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983-2991.
Doi: 10.1001/jama.289.22.2983
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell Jr, F. E., ... Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291(14), 1753-1762.
Doi: 10.1001/jama.291.14.1753
- Faria, R. S., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147.
Doi: 10.5935/0103-507X.20130025
- Ferreira, A. M., Bertolo, D., Andrade, M. R., & de Andrade, D. (2009). Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do uso de luvas no contexto hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 628-634.
Doi: 10.5216/ree.v11.47178

Giachetta-Ryan, D. (2015). Perioperative pressure ulcers: how can they be prevented?. *OR Nurse*, 9(4), 22-28.

Doi: 10.1097/01.ORN.0000466721.18152.14

Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C. D., Lima, M. A. S. D. D., ... Oliveira, J. (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.

Doi: 10.1590/S1807-59322011001100011

Han, J. H., Wilson, A., Vasilevskis, E. E., Shintani, A., Schnelle, J. F., Dittus, R. S., ... Ely, E. W. (2013). Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Annals of emergency medicine*, 62(5), 457-465.

Doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.05.003

Hartley, B. (2014). Older patient perioperative care as experienced via transurethral resection of the prostate (TURP). *Journal of perioperative practice*, 24(6), 135-140

Doi: 10.1177/175045891402400602

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. trad. M. Ferreira. Loures: Lusociência.

Ibrahim, K., McCarthy, C. P., McCarthy, K. J., Brown, C. H., Needham, D. M., Januzzi Jr, J. L., & McEvoy, J. W. (2018). Delirium in the cardiac intensive care unit. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e008568.

Doi: 10.1161/JAHA.118.008568.

Junior, R. C. B., & de Leão, B. C. C. (2010). Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. *Rev Med Minas Gerais*, 20(2 Supl 3), 29-45.

Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1015>

Korkmaz, F. D., Gok, F., & Karamanoglu, A. Y. (2016). Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium. *Nursing in critical care*, 21(5), 279-286.

Doi: 10.1111/nicc.12184

Lei n.º 48/90 (1990). Lei de Bases da Saúde, posteriormente atualizada com alterações introduzidas pela Lei n.º27/2002, de 8 de Novembro. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série, (n.º 195 de 24-08-1990), 3452-3459.

Lipowski Z.J. (1983) Transient Cognitive Disorders (Delirium, Acute Confusional States) in the Elderly. In: *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry* (pp.289-306). Boston: Springer.

Doi: 10.1007/978-1-4613-2509-3_16

Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical care clinics*, 33(2), 225-243.

Doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005

Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul. Enferm.*, 20(1), 37-43.

Doi: 10.1590/S0103-21002007000100007

McCurren, C., & Cronin, S. N. (2003). Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nursing*, 12(5), 318-323.

Mendes, K.D.S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411240017>

- Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Lopes, L. C. C. (2016). Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC*, 21(1), 52-58.
Doi: 10.5327/Z1414-4425201600010008
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*.151, 264–269.
Doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., Cohrs, C. R., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidência e fatores relacionados ao delirium em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 587-593
Doi: 10.1590/s0080-623420160000500007
- Munro, C. L., Cairns, P., Ji, M., Calero, K., Anderson, W. M., & Liang, Z. (2017). Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention—A pilot randomized controlled trial. *Heart & Lung*, 46(4), 234-238.
Doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.05.002
- National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) (2004). *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. trad. C. Ferraz e G. Couto. Loures: Lusociência.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. (Org.) Herdman, T. H., & Kamitsuru, S., Porto Alegre: Artmed. pp.325, 414 e 255-256.

O'grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., ... Raad, I. I. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases*, 52(9), e162-e193.
Doi: 10.1093/cid/cir257

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. *Código Deontológico*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p.47
Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfoVPS6Rwg8>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Lisboa: Sistema Nacional de Saúde.
Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>.

Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ open*, 6(1), e009678.
Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009678

Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... Moons, K. G. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306-1316.

Doi: 10.1056/NEJMoa1301372

Parecer n.º 10/2017 (2017). Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Ordem dos Enfermeiros. 1-4

Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-nº-10-2017_diferenciação-de-intervenções-de-enfermagem-do-eemc-em-relação-ao-enf-generalista-num-serviço-de-urgência.pdf

Parecer n.º 14/2018 (2018). Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência. Ordem dos Enfermeiros. 1-3

Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº14_2018_rectificado.pdf

Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos- Relatório final*. Ministério da saúde.

Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Penprase, B., & Johnson, C. (2014). Optimizing the perioperative nursing role for the older adult surgical patient. *Or Nurse*, 8(4), 26-33

Doi: 10.1097/01.ORN.0000451047.90117.7a

Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., & Ely, E. W. (2006). Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 479-484.

Doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 35 de 18-02-2011), 8656-8657.

Regulamento n.º 361/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, aprovado em 2011. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 123 de 26-06-2015), 17240-17243.

Regulamento n.º 556/2017 (2017), Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 200 de 17-10-2017), 23636-23638

Regulamento n.º 226/2018 (2018). Regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 74 de 16-04-2018), 10758-10764.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, que revoga o Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que revoga o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série, (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Sabol, F., Bily, B., Artemiou, P., Kolesar, A., Torok, P., Bilecova-Rabajdova, M., ... Luczy, J. (2015). Incidence and risk factors of delirium in patients after cardiac surgery: Modifiable and non-modifiable factors. *Cor et Vasa*, 57(3), e168-e175.

Doi: 10.1016/j.crvasa.2015.01.004

Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-152.

Doi: 10.1136/emered-2012-201782

Selim, A. A., & Ely, E. W. (2017). Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 813-824.

Doi: 10.1111/jocn.13517

Sendecki, C. (2014). The importance of identifying delirium in older adults in the ED: Impacts on mortality and quality of life. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 25-27.

Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.

Silva, R. C. G. (2008). *Confusão: a dimensão do subdiagnóstico* (Dissertação de mestrado).

Disponível em: <http://repositorio-ucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/8611>

Tilouche, N., Hassen, M. F., Ali, H. B. S., Jaoued, O., Gharbi, R., & El Atrous, S. S. (2018). Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 22(3), 144-149.

Doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_244_17

Torres, M., & Reis, B. (2002). O papel do enfermeiro na triagem dos utentes no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 40, 29–32.

van den Boogaard, M., Pickkers, P., van der Hoeven, H., Roodbol, G., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2009). Implementation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. *Critical Care*, 13(4), R131.

Doi: 10.1186/cc7991

van den Boogaard, M., Schoonhoven, L., van der Hoeven, J. G., Van Achterberg, T., & Pickkers, P. (2012). Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *International journal of nursing studies*, 49(7), 775-783.

Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.016

Van Rompaey, B., Van Hoof, A., van Bogaert, P., Timmermans, O., & Dilles, T. (2016). The patient's perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit. *Intensive and critical care nursing*, 32, 66-74

Doi: 10.1016/j.iccn.2015.03.002

Vieira, M. (2008). *Ser enfermeiro: Da compaixão á proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Wang, J., Ji, Y., Wang, N., Chen, W., Bao, Y., Qin, Q., ... & Li, S. (2018). Risk factors for the incidence of delirium in cerebrovascular patients in a Neurosurgery Intensive Care Unit: A prospective study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 407-415.

Doi: 10.1111/jocn.13943

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. trad. J. Enes. Loures: Lusociência.

www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU.pdf

Zhang, W., Sun, Y., Liu, Y., Qiu, W., Ye, X., Zhang, G., & Zhang, L. (2017). A nursing protocol targeting risk factors for reducing postoperative delirium in patients following coronary artery bypass grafting: Results of a prospective before-after study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 81-87.

Doi: 10.1016/j.ijnss.2017.02.002

APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura

Identificação do artigo		Birge, A. Ö., & Aydin, H. T. (2017). The effect of nonpharmacological training on <i>delirium</i> identification and intervention strategies of intensive care nurses. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 41, 33-42
P	Participantes	No estudo, participaram 19 enfermeiros e 95 doentes. Os doentes foram separados em 2 grupos – 51 no grupo pré-treino e 44 no grupo pós-treino.
I	Intervenções	Foi realizada uma recolha de dados antes da formação dos enfermeiros e uma recolha de dados após a formação dos enfermeiros. De entre os dados recolhidos, identificaram-se: a presença ou não de <i>delirium</i> , os fatores de risco e as intervenções não farmacológicas na prevenção de <i>delirium</i> .
C	Comparações	Comparar o efeito do treino sobre as intervenções não farmacológicas e o reconhecimento precoce de <i>delirium</i> nos enfermeiros em UCI.
O	Resultados (<i>outcome</i>)	A incidência de <i>delirium</i> na fase pós-treino foi menor do que na fase pré-treino. A presença de restrição física aumentou o risco de desenvolver <i>delirium</i> . O estudo demonstrou que os enfermeiros, mesmo com formação, tinham maior dificuldade em identificar doentes com <i>delirium</i> hipoativo do que com <i>delirium</i> hiperativo. No entanto, a formação permitiu um reconhecimento precoce do risco ou da presença de <i>delirium</i> . Possibilitou um aumento da realização de intervenções não farmacológicas mais precocemente, tais como orientação (utilizar o nome do doente, incluir a família, utilizar os óculos e aparelhos auditivos do doente, reorientar frequentemente o doente,...), mobilização precoce (evitar restrição física,...), manter ambiente mais agradável (menos ruído, menos dispositivos, relógio e calendário...), favorecer o ciclo de sono-vigília (reduzir iluminação, evitar interrupções do sono frequentes,...).
Tipo de estudo		Estudo quase-experimental que utilizou um projeto pré-teste-pós-teste.

Identificação do artigo		Cachón-Pérez, J. M., Álvarez-López, C., & Palacios-Ceña, D. (2014). Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. <i>Enfermería Intensiva</i> , 25(2), 38-45.
P	Participantes	16 enfermeiros de 10 hospitais da Comunidade de Madrid, Espanha, entrevistados em 3 grupos de discussão
I	Intervenções	Descrever a experiência dos enfermeiros na identificação e aplicação das medidas não farmacológicas para a prevenção e o tratamento da síndrome confusional aguda no doente crítico descrevendo a influência do meio físico e social, a implicação da família, a importância da formação dos enfermeiros e a influência do ciclo sono-vigília.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	<p>O ambiente das UCI é agressivo e hostil, com muito ruído, pouca exposição a luz solar e inúmeros estímulos stressantes. O ruído deve ser controlado, sendo recomendada a utilização de tampões nos ouvidos (estando também dependente da estrutura física e do rácio enfermeiro-doente), e a ansiedade pode ser reduzida agrupando e racionalizando, se possível, as intervenções de enfermagem. Esta medida, em conjunto com protocolos que estabeleçam horas de sono para manter o ciclo sono-vigília permitem menos interrupções no descanso do doente. A intervenção sobre o sono é uma das principais medidas não farmacológicas para a prevenção da síndrome confusional aguda.</p> <p>A presença da família é importante porque ajuda a reorientar o doente crítico. Os horários de visita devem ser ajustados e adaptados às necessidades do doente e às possibilidades da família. A formação é importante para que os profissionais estejam despertos para as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Esta deve ser dirigida também aos familiares.</p>
Tipo de estudo		Estudo qualitativo fenomenológico descritivo, através da aplicação de grupos de discussão. A análise realizada foi do tipo indutiva de acordo com a análise temática de Braun e Clarke.

Identificação do artigo		Mori, S., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., Cohrs, C. R., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidência e fatores relacionados ao <i>delirium</i> em unidade de terapia intensiva. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 50(4), 587-593
P	Participantes	Doentes de 3 UCI de um hospital universitário do município de São Paulo, Brasil, num total de 17 camas. Amostra de 149 doentes, em que 69 apresentaram <i>delirium</i> durante o internamento na UCI.
I	Intervenções	Foi elaborado um instrumento de recolha de dados que posteriormente foi aplicado aos doentes internados na UCI (de acordo com critérios de inclusão) por um grupo de enfermeiros. Os itens recolhidos referiam-se, entre outros, a características demográficas, diagnósticos médicos, administração de fármacos analgésicos e sedativos, presença de ventilação mecânica invasiva, presença de restrição física, presença ou ausência de <i>delirium</i> .
C	Comparações	Comparar se os doentes com restrição física apresentam maior incidência de <i>delirium</i> , relacionando também com a medicação administrada e a idade dos doentes.
O	Resultados (outcome)	Os resultados mostraram que a restrição física estava presente, com frequência, no grupo de doentes que apresentou <i>delirium</i> , ficando associado ao distúrbio. No entanto, como limitação do estudo, não foi possível confirmá-la como fator de risco. A administração de morfina, propofol e midazolam revelou ser um fator de risco para o desenvolvimento de <i>delirium</i> . O estudo reforça a necessidade de o enfermeiro atuar com medidas não farmacológicas, implementando estratégias de prevenção e identificação precoce do <i>delirium</i> , contribuindo para a redução de utilização de fármacos sedativos em níveis confortáveis para os doentes. Desta forma, reduzir-se-ia a necessidade de restrição física permitindo a mobilização precoce com melhoria na evolução clínica dos doentes.
Tipo de estudo		Estudo de coorte prospetiva.

Identificação do artigo		Munro, C. L., Cairns, P., Ji, M., Calero, K., Anderson, W. M., & Liang, Z. (2017). <i>Delirium</i> prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention—A pilot randomized controlled trial. <i>Heart & Lung</i> , 46(4), 234-238.
P	Participantes	Trinta doentes internados em UCI, selecionados em 5 UCI da região sudeste dos Estados Unidos, inseridos em 3 grupos de 10, com idades entre os 19 e os 92 anos.
I	Intervenções	Um grupo recebeu mensagens de reorientação automáticas gravadas com a voz de um familiar, um grupo recebeu a mesma mensagem, mas com uma voz desconhecida, e um outro grupo não recebeu nenhuma mensagem de reorientação (grupo de controlo). A gravação tinha a duração de 2 minutos, e era dada a informação ao doente do seu próprio nome, o nome do locutor e a relação deste com o doente, a descrição do local e do espaço onde o doente se encontra. A mensagem era lida apenas durante o dia (das 9 h às 16 h) no início de cada hora. A intervenção decorreu durante 3 dias.
C	Comparações	Verificar se a intervenção de reorientação através de mensagens gravadas diminui o risco de <i>delirium</i> no doente crítico internado em UCI, em comparação com a não existência de qualquer gravação de reorientação.
O	Resultados (<i>outcome</i>)	Os resultados demonstram que os doentes que ouviram a gravação com a voz do familiar tiveram mais dias sem <i>delirium</i> do que os do grupo de controlo. A média dos dias com presença de <i>delirium</i> também foi menor no grupo com a voz do familiar do que nos outros dois grupos, embora as diferenças nesta amostra pequena não tenham sido significativas.
Tipo de estudo		Estudo prospetivo controlado randomizado.

Identificação do artigo		Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2016). How do doctors and nurses manage <i>delirium</i> in intensive care units? A qualitative study using focus groups. <i>BMJ open</i> , 6(1), e009678.
P	Participantes	Estudo realizado com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com mais de 1 ano de experiência em UCI e experiência com doentes com <i>delirium</i> . Amostra de 38 profissionais – 19 enfermeiros e 19 médicos – de 5 UCI de 4 hospitais de Madrid, Espanha.
I	Intervenções	Foram criados 7 Focus Grupos: três só com enfermeiros, três só com médicos e um com enfermeiros e médicos. Foi definida uma estrutura de entrevista com questões centradas na prevenção e no tratamento do <i>delirium</i> para perceber a experiência de ambos no tratamento e na gestão de doentes com <i>delirium</i> .
C	Comparações	Não aplicável.
O	Resultados (<i>outcome</i>)	<p>Durante as sessões foram identificados três temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a perspetiva do profissional sobre os doentes com <i>delirium</i> – a ausência de protocolos e má utilização de instrumentos de avaliação de <i>delirium</i> dificultam a identificação de <i>delirium</i>, principalmente do <i>delirium</i> hipoativo; • a implementação de tratamento farmacológico e não farmacológico — a restrição verbal e física são a primeira ação no doente com <i>delirium</i>, justificada pelo objetivo de manter o doente seguro; a privação de sono causada muitas vezes pelas intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros durante a noite; o ambiente hostil da UCI, agravado pelas atividades desenvolvidas durante a noite e pelo ruído das conversas entre os profissionais; a mobilização precoce; • a organização do trabalho da UCI – a ausência de um protocolo de prevenção e tratamento de <i>delirium</i>, principalmente durante a noite. As intervenções de enfermagem, bem como outros procedimentos invasivos podem ser programados para não serem realizados durante a noite, ou o menor número de vezes possível.
Tipo de estudo		Estudo qualitativo exploratório realizado através de Focus Grupo.

Identificação do artigo		Van Rompaey, B., van Hoof, A., van Bogaert, P., Timmermans, O., & Dilles, T. (2016). The patient's perception of a <i>delirium</i> : A qualitative research in a Belgian intensive care unit. <i>Intensive and critical care nursing</i> , 32, 66-74
P	Participantes	30 doentes, seleccionados numa amostragem intencional (sem presença de <i>delirium</i> à admissão, mas que tiveram pelo menos um episódio de <i>delirium</i> durante o internamento) internados numa UCI num hospital público em Antuérpia, Bélgica.
I	Intervenções	Foram realizadas entrevistas a doentes que tiveram episódios de <i>delirium</i> durante o internamento na UCI, para perceber a perceção do doente sobre o <i>delirium</i> . As entrevistas eram dirigidas aos diferentes períodos do <i>delirium</i> – início, durante e fim – e focavam os sentimentos, a comunicação com o ambiente e a consciência das mudanças de perceção. Os tópicos utilizados foram o medo, a perturbação do sono, as alucinações e a comunicação.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (<i>outcome</i>)	Os resultados dividem-se em 4 grandes temas. O contacto e comunicação : os doentes referiram que a comunicação é difícil, embora o contacto com os enfermeiros foi reportado como normal e não ameaçador. Descreveram uma sensação de alívio quando reconheciam a presença de familiares significativos, embora a dificuldade na comunicação fosse desagradável. Os sentimentos : o mais referido foi o <u>medo</u> , embora sem conseguirem definir a origem, a <u>frustração</u> e a <u>raiva</u> por não saberem onde estão, e após terminar o episódio de <i>delirium</i> , o sentimento de <u>culpa</u> e <u>vergonha</u> pelo comportamento tido durante o episódio, a culminar num sentimento de <u>alegria</u> pelo fim do episódio. Outros sentimentos como a <u>solidão</u> , <u>agitação</u> , <u>incompreensão</u> e <u>cansaço</u> também foram relatados. O sono e perceção do tempo : o ciclo do sono interrompido, com dificuldade em adormecer ou medo de adormecer e não acordar; dificuldade em distinguir o dia da noite com uma perceção do tempo fortemente perturbada. As implicações do episódio de <i>delirium</i> : o sentimento de medo foi a principal razão que os doentes apresentaram para não quererem experimentar novo episódio de <i>delirium</i> .
Tipo de estudo		Estudo qualitativo hermenêutico, com recurso a entrevistas semiestruturadas e, posteriormente, a análise de conteúdo.

Identificação do artigo		Wang, J., Ji, Y., Wang, N., Chen, W., Bao, Y., Qin, Q., ... & Li, S. (2018). Risk factors for the incidence of <i>delirium</i> in cerebrovascular patients in a Neurosurgery Intensive Care Unit: A prospective study. <i>Journal of clinical nursing</i> , 27(1-2), 407-415.
P	Participantes	Selecionados 128 doentes com doença cerebrovascular, num método de amostragem de conveniência, numa UCI de neurocirurgia em Pequim, China
I	Intervenções	Foi avaliada a escala CAM-ICU duas vezes por dia, ou quando era provável que os doentes estivessem a ter um episódio de <i>delirium</i> . Os doentes que apresentaram uma CAM-ICU positiva foram depois observados e analisados até à alta hospitalar ou até à sua morte.
C	Comparações	Comparar a presença ou ausência de <i>delirium</i> com a existência de fatores de risco nos doentes internados numa UCI de neurocirurgia.
O	Resultados (<i>outcome</i>)	Neste estudo, a incidência de <i>delirium</i> foi de 42,2%. De entre os fatores que predispõem para a presença de <i>delirium</i> foram identificados como fatores precipitantes a gravidade da doença, a presença de febre, a restrição física e a privação de sono. Estes fatores são passíveis de ser reduzidos ou eliminados alterando os métodos de trabalhos dos profissionais de saúde.
Tipo de estudo		Estudo de coorte prospetivo.

APÊNDICES II - Póster apresentado no 1.º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NO IDOSO, ASSOCIADAS AO POSICIONAMENTO NO INTRA-OPERATÓRIO

Autores: Bispo, B.; Costa, A.; Costa, P.; Pires, M.; Simões, V.; Deodato, S.

Objetivo: Identificar as Intervenções de Enfermagem para a prevenção de lesões por pressão (LPP) no idoso, associadas ao posicionamento no intra-operatório.

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) ⁽¹⁾

Cuidados de enfermagem individualizados

Intervenções de Enfermagem: avaliar, planear e implementar

Principais complicações do posicionamento cirúrgico

- dor músculo-esquelética
- lesões da pele e em nervos periféricos
- síndrome compartimental

O posicionamento do doente deve permitir que o procedimento cirúrgico seja eficiente e decorra em segurança prevenindo os eventos adversos. ⁽²⁾

Boa exposição e acesso ao local cirúrgico

Manter alinhamento corporal minimizando a pressão nos tecidos

Preservar respiração e circulação

Os idosos são uma população vulnerável pelo que importa perceber de que forma poderão os cuidados ser afectados pela sua polimedicação, estado nutricional e capacidade de gerir e perceber a dor. ⁽³⁾

No Modelo de Conservação de Myra Levine os objectivos são alcançados quando são cumpridos os princípios de conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social do doente. ^(4, 5)

Metodologia: Revisão integrativa da literatura. Questão de investigação elaborada segundo a metodologia PICO: *Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção de LPP associadas ao posicionamento intra-operatório no idoso?* Efetuada pesquisa na PubMed e na EBSCO de artigos publicados entre 2013-2018. Critérios de inclusão: adulto (18-65 anos) e idoso (>65 anos); idioma português e inglês; campos de pesquisa: título e resumo. Critérios de exclusão: crianças (0-18 anos).

Conclusão: Tal como é defendido por Levine, apenas se reconhecermos precocemente as possíveis lesões, poderemos adaptar e procurar conservar a integridade da pessoa. Os idosos são uma população particular que necessitam de cuidados adequados à sua condição de saúde e capacidade estrutural. A lesão decorre de uma inadaptação à situação específica quando a pessoa idosa é submetida a uma intervenção cirúrgica.

Resultados: Obtidos 29 artigos. Excluídos 20 artigos após a leitura integral. Ficaram 9 artigos relevantes.

As intervenções de enfermagem para a prevenção de LPP do intra-operatório são iniciadas no pré-operatório.

- Realizar a escala de **Braden** na admissão ao hospital;
- Adequar o nº de elementos e dispositivos de transferência para **diminuir as forças de fricção** e cisalhamento na transferência do doente;
- Correto posicionamento:
 - **Diminuir as zonas de pressão;**
 - **Proteger proeminências ósseas** com dispositivos de protecção.
- Reposicionar zonas possíveis – cabeça, braços e calcanhares;
- **Diminuir a humidade** por baixo do doente;
- Manter **temperatura do doente >35,5°C** com dispositivos de aquecimento e monitorizar temperatura da sala;
- Manter cuidados no pós-operatório porque as LPP podem surgir até 72h após o término da cirurgia .

APÊNDICE III – Plano de sessão

Plano da Sessão de Formação

Tema: *Delirium* em Unidade de Cuidados Intensivos: Como identificar e intervir?

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital X.

Número de sessões e duração: 4 sessões de 60 minutos.

Datas de realização

- Duas sessões dia 13 de dezembro de 2018 (11h-12h/15h30-16h30)
- Uma sessão dia 17 de dezembro – 16h30 – 17h30
- Uma sessão dia 18 de dezembro – 16h30 – 17h30

Local de realização: Sala Branca.

Formadores: Enfermeira Paula Neto e Enfermeiro Bruno Bispo, sob orientação de Enfermeira Clara Pinto e Enfermeiro Paulo Correia e Professora Filipa Veludo e Professora Lurdes Rodrigues.

Objetivos da sessão

Objetivo geral

- Instruir a equipa de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem ao doente com risco de *delirium*.

Objectivos específico

- Definir o que é o *delirium* desenvolvido em unidade de cuidados intensivos e como se caracteriza.
- Identificar os fatores de risco para desenvolver *delirium*.
- Apresentar a escala de avaliação de presença de *delirium*.
- Apresentar estratégias para intervir no doente com *delirium* ou com risco de *delirium*.

Sumário da sessão de formação

1. Análise da Problemática
2. *Delirium* vs Confusão Aguda
3. O que é o *Delirium*?
4. Que consequências?
5. Quais os fatores de risco?
6. Como avaliar utilizando a escala CAM-ICU?
7. Como intervir?:
 - a. *ABCDEF Bundle*
 - b. Medidas farmacológicas
 - c. Medidas não-farmacológicas
8. Conclusão
9. Apresentação do póster para a Unidade

Recursos materiais

- Sala para apresentação da formação
- Computador
- Retroprojeter
- Colunas

Avaliação da sessão: Realização de questionário anónimo no final da sessão por todos os formandos.

Plano da sessão

Etapas desenvolvidas	Conteúdos abordados	Métodos e meios utilizados	Tempo previsto
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador • Apresentação do tema • Justificação da escolha do tema • Enumeração dos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Computador • Retroprojektor 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de conceitos • Exposição das implicações do <i>delirium</i> no <i>outcome</i> dos doentes • Principais fatores de risco • Apresentação da escala CAM-ICU e visualização de vídeo com aplicação da escala • Como podemos intervir nos cuidados de enfermagem nos doentes com <i>delirium</i> ou risco de <i>delirium</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Computador • Retroprojektor • Colunas 	40 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Apresentação de sugestões • Esclarecimento de questões • Apresentação do póster • Apresentação das referências bibliográficas 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Computador • Retroprojektor 	10 minutos
Avaliação	Preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação, elaborado pelos formadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário 	5 minutos

**APÊNDICE IV – Apresentação da sessão de formação
sobre o tema “*Delirium* em Unidade de Cuidados
Intensivos: Como identificar e intervir?”**



Fonte: <https://osdc.com.edu/2015/07/delirium-shows-its-signature/>

O que é?
Quais os fatores de risco?
Qual o papel do enfermeiro?
Como intervir?

Realizado por: Bruno Bispo e Paula Neto

Com orientação: Enfermeira Clara Pinto e Enfermeiro Paulo Correia

Com supervisão: Professora Filipa Veludo e Professora Lurdes Rodrigues

Lisboa, Dezembro 2018

Índice

Delirium VS Confusão Aguda	
Problemática	
O que é o delirium?	
Que consequências?	
Quais os fatores de risco?	
Como avaliar?	
Como intervir?	
Conclusão	
Referências Bibliográficas	

Delirium VS Confusão Aguda

Delirium

A. **Perturbação da atenção** (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da **consciência** (menor orientação para o ambiente).
 B. Desenvolve-se em um **período breve de tempo** (normalmente de horas a poucos dias) com **tendência a oscilar ao longo do dia, com agravamento ao entardecer e à noite**, quando diminuem os estímulos externos de orientação, representa uma mudança da atenção e da consciência basais.
 C. Perturbação adicional na **cognição** (déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou **percepção**).
 Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância, de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias. (APA-DSM-5, 2014)

Confusão Aguda

Pensamento distorcido: **memória comprometida** com **desorientação** em relação à pessoa, local ou tempo. (CIPE, 2016)
Início abrupto de distúrbios reversíveis de **consciência, atenção, cognição e/ou percepção** que ocorrem durante um breve período de tempo.
 Tendo como características definidores: agitação, alteração na função cognitiva, alteração na função psicomotora, alteração no nível de consciência, alucinações, falta de motivação para manter o comportamento voltado a uma meta, falta de motivação para manter um comportamento intencional, inquietação e/ou percepções errôneas. (NANDA, 2015)

Problemática

A incidência de delirium varia entre 31,8% e 80%. Os resultados dos estudos relacionam-se com as características dos doentes incluídos, a escala de avaliação utilizada e a prática local de sedação.

Quimer S, Karavagh BP, Gotfried SB & Skrobik Y. (2007)

Nos doentes submetido a Cirurgia Cardíaca, 20% a 25% desenvolvem delirium.

Manguson, RF, Hooper, V, Denlow, SA, & Travis, L (2015)

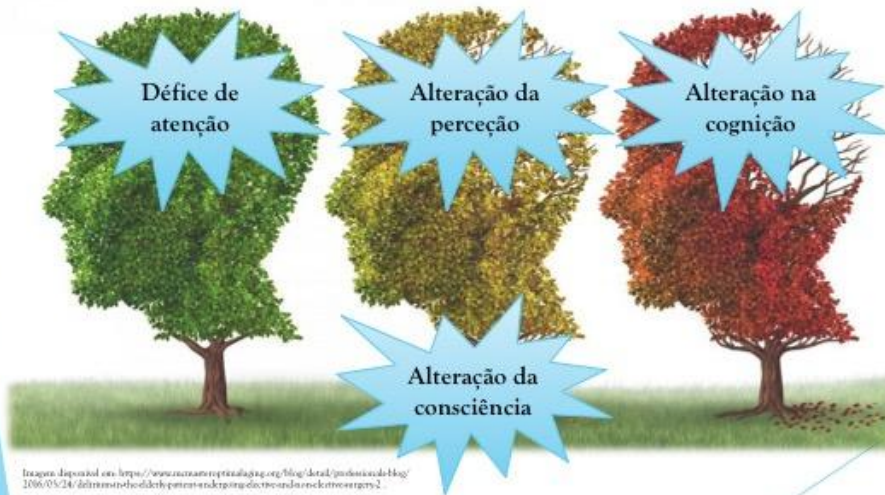


<https://today.uconn.edu/2015/07/delirium-shows-its-signature/>

Article	Study Enrollment Years	Study Design	Number of Patients	Prevalence/Incidence (Combined) of Delirium	In-Hospital Mortality	Limitations
Pauley et al ²⁸	2012 to 2014	Prospective observational study	590	NR/NR (20.3%)	33%	Single center, retrospective, observational
Falsini et al ²⁹	2014 to 2015	Prospective observational study	726	6.3%/8.9% (15.3%)	17.1%	Only two centers, observational
Lahariya et al ³⁰	2010	Prospective observational study	309	18.7%/9.27% (28.8%)	27%	Single center, observational
Nakouk et al ³¹	2004 to 2013	Prospective observational study	11 079	NR/8.3% (NR)	17.3%	Single center, observational

Brahim, McCarthy, McCarthy, Brown, Needham, Januzzi Jr, & McEvoy, 2018

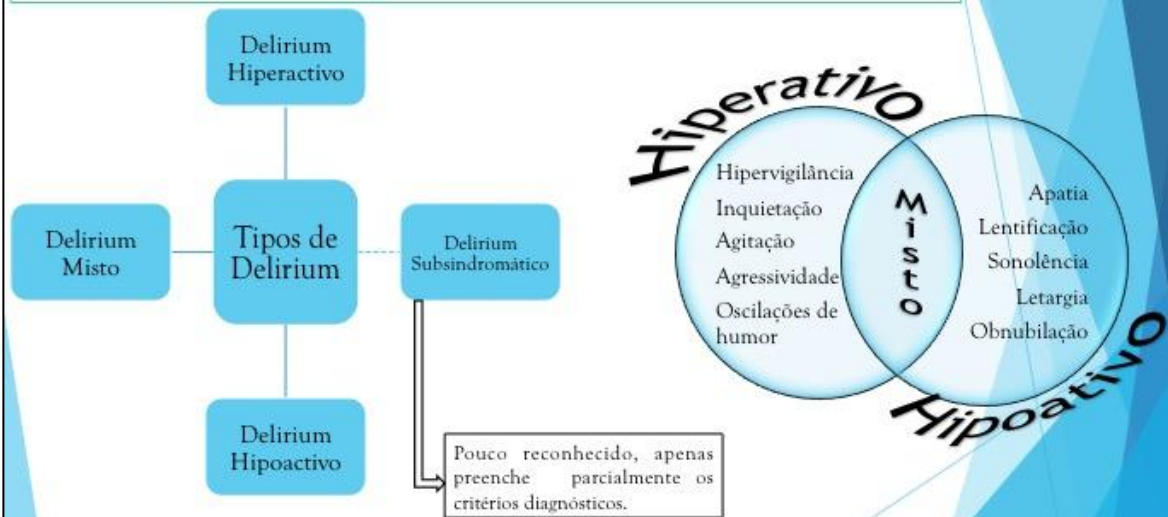
O que é o Delirium?



Delirium

DSM-5, 2014

O que é o Delirium?



Ibrahim, McCarthy, McCarthy, Brown, Needham, Januzzi Jr, & McEvoy (2018)

Delirium

O que é o Delirium?

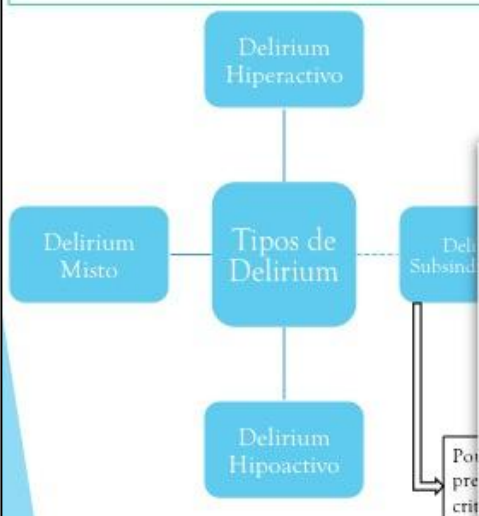


Table 2
Subtypes of delirium in the six different admission categories.

	Hyperactive subtype	Hypoactive subtype	Mixed subtype
Incidence rate	44 (11%)	148 (36%)	219 (53%)
Cardiac surgery (N = 95)	22 (23%) ^{**}	38 (40%)	35 (37%) ^{**}
Surgical (N = 57)	4 (7%)	16 (28%)	37 (65%)
Medical (N = 155)	12 (8%)	52 (34%)	91 (59%)
Trauma (N = 38)	4 (11%)	9 (24%)	25 (66%)
Neurology (N = 59)	2 (3%) [*]	29 (49%) [*]	28 (48%)
Neurosurgical (N = 7)	0 (0%) ^a	4 (57%) [*]	3 (43%)

^a Not applicable.

^{*} $P < 0.05$.

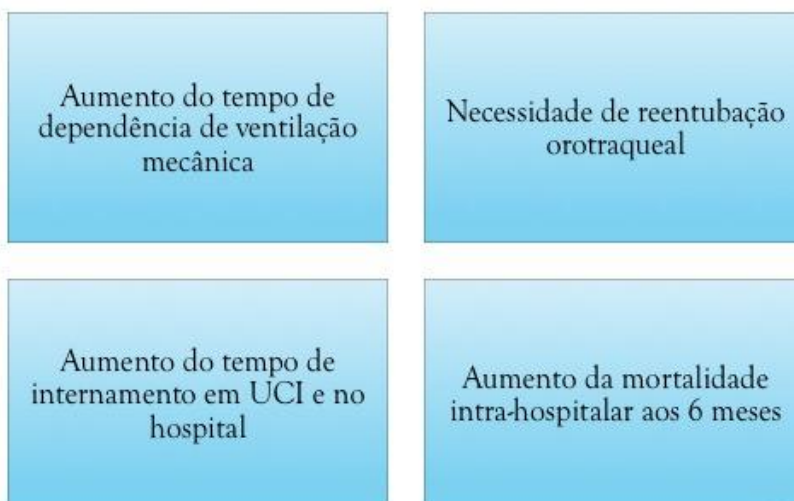
^{**} $P < 0.0001$.

Ibrahim, McCarthy, McCarthy, Brown, Noodham, Januzzi Jr, & McEvoy (2018)

Van den Boogaard, Schoonhoven, Van der Hoeven, Van Achterberg & Pickkers (2012)

Delirium

Que consequências?



Ely, et al (2004), Van den Boogaard, et al (2012), AACCN (2016), Hickin SL, White S, Knopp-Sihota J (2017) e Ibrahim, et al (2018)

Delirium

Que consequências?

Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study²¹

Mark van den Boogaard^{a,*}, Lisette Schoonhoven^b, Johannes G. van der Hoeven^{a,c}, Theo van Achterberg^b, Peter Pickkers^{a,c}

Table 3
Differences between non-delirium and delirium patients on short-term consequences.

	Non-delirium patients (N = 1202)		Delirium patients (N = 411)	P-value [*]	
Days of mechanical ventilation	0.3	[0.2-0.6]	4.6	[0.9-10.9]	<0.0001
Re-intubation (N)	6	(0.5)	41	(10%)	<0.0001
Accidental removal of tubes, catheters (N)	7	(0.6)	49	(11.9%)	<0.0001
Total number of removals (N, frequency/patient)	8	(1.1)	95	(1.9)	0.35
LOS-ICU (days)	1	[1-2]	6	[2-13]	<0.0001
LOS-Hospital (days)	7	[5-14]	20	[10-20]	<0.0001
Mortality rate (N)	40	(3%)	73	(18%)	<0.0001

LOS, length of stay. Data are expressed as medians [IQRs] or numbers of patients and percentages.
* Adjusted for APACHE-II score using analysis of covariance.

Van den Boogaard, Schoonhoven, Van der Hoeven, Van Achterberg & Pickkers (2012)

Que consequências?

Table 3. Delirium Status and Clinical Outcomes Including 6-Month Mortality and Lengths of Stay

	No Delirium	Delirium	Adjusted P Value
6-Month Mortality			
No.	41	183	
Rate, No. (%)	6 (15)	63 (34)	
Adjusted HR (95% CI)*	Reference	3.2 (1.4-7.7)	.008
Hospital Stay			
No.	41	183	
Median (IQR), d	11 (7-14)	21 (19-25)	
Adjusted HR (95% CI)*	Reference	2.0 (1.4-3.0)	<.001
Post-ICU Stay†			
No.	40	156	
Median (IQR), d	5 (2-7)	7 (4-15.5)	
Adjusted HR (95% CI)*	Reference	1.6 (1.1-2.3)	.009

Ely, Shatzkin, Truman, Speroff, Gordon, Harrell Jr, ... & Delpuec 2004

Que consequências?



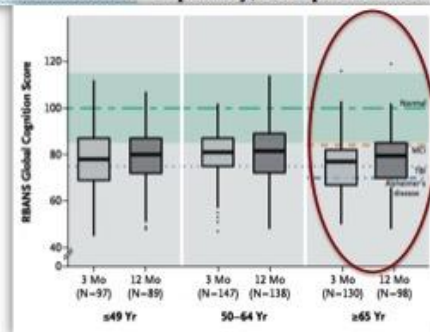
Faria & Moreno (2013) e Pandharipande, Girard, Jackson, Morandi, Thompson, Pun,... & Mouna (2013)

Que consequências?

Delirium in the Cardiac Surgical Intensive Care Unit
 Charles H Brown IV, MD MHS (Assistant Professor)
 Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine Zayed 6208 1800 Orleans St.
 Baltimore MD, 21287

a year after admission to a mixed medical/surgical ICU with respiratory failure or cardiac or septic shock.⁴² Results from this observational study showed that at 12 months, up to a third of patients had cognitive scores similar to patients with moderate traumatic brain injury or mild Alzheimer's disease.⁴² Importantly, development of delirium may have interactions

Brown IV (2014)



Pandharipande, Girard, Jackson, Morandi, Thompson, Pun,... & Mouna (2013)

Global Cognition Scores in Survivors of Critical Illness.

Quais os fatores de risco?

Fatores Predispostos

- Idade avançada (superior a 70 anos);
- Doença crónica (hipertensão arterial, história de choque, epilepsia, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal, doença hepática);
- Abuso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas);
- Demência;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Pânico, medo e/ou terror;
- Preexistência de fatores psicológicos;
- Alterações da visão e/ou audição;
- Mecanismos de coping.

Almeida & Ribeiro (2008), Arend & Christensen (2009), Boer (2012), Faria & Moreno (2013), Garrett (2016), Marshall & Souty (2003), Olson (2012), Wang, et al (2009), Ibrahim, McCarthy, McCarthy, Brown, Needham, Januzzi Jr, & McEvoy (2018)

Quais os fatores de risco?

Fatores Precipitantes

- Instabilidade hemodinâmica, infeção e/ou hipóxia;
- Gravidade da patologia clínica atual;
- Alterações metabólicas, eletrolíticas, desnutrição e/ou desidratação;
- Anomalias vasculares, intracerebrais, traumatismo crânio-encefálico e/ou vertigens;
- Utilização de benzodiazepinas, opióides, sedativos e/ou esteróides;
- Barulho, luz constante, temperatura, cheiros e/ou interrupções frequentes;
- Isolamento social, imobilização e/ou privação do sono;
- Presença de fios terapêuticos, oxigenação por membrana extracorporeal ou pacemaker transcutâneo, colocação de válvula aórtica por via transcutânea, tubos no tórax, endotraqueais e nasogástricos, uso de cateteres e monitorização invasiva.
- Dor.

Almeida & Ribeiro (2008), Arend & Christensen (2009), Boer (2012), Faria & Moreno (2013), Garrett (2016), Marshall & Souty (2003), Olson (2012), Wang, et al (2009), Ibrahim, McCarthy, McCarthy, Brown, Needham, Januzzi Jr, & McEvoy (2018)

Como avaliar?



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5b/5b0849dae50243a0a1c5e0c/5bb41adcf487b473e199b27b_CAM_ICU_flowchart_Portuguese_B.pdf

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

Delirium = 1 + 2 + 3 ou 4

RASS maior que -4 (-3 até +4) ou observação de alteração de consciência

Passo 1 - Início agudo ou curso flutuante

- O doente tem alguma mudança aguda no estado mental em relação ao que era antes?
- O Doente teve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas?

Não

Pare Não há Delirium

Sim

Passo 2 - Inatenção

- Leia em voz alta as seguintes letras: "SAVEAHAART" e peça para o doente apertar a sua mão apenas quando ouvir a letra "A"

Erros: Doente não aperta a mão quando ouve a letra "A"
Doente aperta a mão quando ouve outra letra que não a letra "A"
(Leia as letras num tom normal com um intervalo de 3 segundos entre elas)

< 3 erros

Pare Não há Delirium

≥ 3 erros

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5b/5b0849dae50243a0a1c5e0c/5bb41adcf487b473e199b27b_CAM_ICU_flowchart_Portuguese_B.pdf

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

Passo 3 – Nível de consciência alterado (atual RASS)

- Se RASS for 0 prossiga para a avaliação do próximo passo

RASS ≠ 0

Pare
Doente está
com
Delirium

RASS = 0

Passo 4 – Pensamento desorganizado

1. Uma pedra flutua na água? (ou: uma folha flutua na água?)
2. No mar existem peixes? (ou: No mar existem elefantes?)
3. 1Kg pesa mais do que 2Kg? (ou: 2 Kg pesam mais do que 1Kg?)
4. Pode usar um martelo para bater um prego? (ou: pode usar um martelo para cortar madeira?)
5. Comandos:
 - Peça ao doente "Levante estes dedos" (o examinador levanta 2 dedos na frente do doente). "Agora faça a mesma coisa com a outra mão" (o examinador não deve repetir o número de dedos)
 - Se o doente for incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte, peça para o doente levantar mais um dedo.

< 2 erros

Pare
Não há
Delirium

≥ 2 erros

Pare
Doente está
com
Delirium

https://orlodasol.uclifilom.com/5b3849d4ee50243a0a1e5e0c/5b441adcf487b473e199b27b_CAM_ICU_folhaort_Portugues_B.pdf

Delirium

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



<https://www.icsdelirium.org/medic-profissionais/vs/jeu>

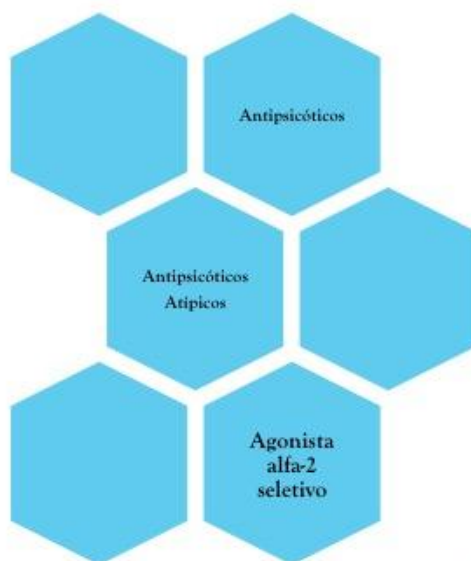
Delirium

Como intervir? ABCDEF Bundle

- A** Avaliação, prevenção e gestão da dor
- B** Testes de despertar e respiração espontâneas diários
- C** Analgesia e sedação adequada
- D** Delirium: Avaliação, prevenção e gestão
- E** Mobilização precoce e exercício
- F** Envolvimento e empowerment da família

www.icudelirium.org

Como intervir? Medidas farmacológicas



Como intervir? Dexmedetomidina

- O que é?
 - agonista alfa-2 seletivo.
 - efeitos sedativos, poupadores analgésicos e anestésicos/analgésicos
 - efeitos cardiovasculares são dose dependente
 - velocidades de perfusão mais baixas ↓ FC e da TA.
 - velocidades de perfusão mais elevadas - prevalecem os efeitos vasoconstritores periféricos com aumento da resistência vascular sistêmica e da TA, mas o efeito bradicárdico é mais pronunciado.
- Que vantagens?
 - Diminui significativamente a necessidade de sedativos auxiliares (midazolam ou propofol) e de opióides durante a sedação por um período de até 24 horas.
 - Doentes são acordados com maior facilidade, estão mais cooperantes e com melhor capacidade de comunicação, independentemente de terem ou não dor.
 - Os doentes podem ser extubados com sucesso, sem interrupção da perfusão de dexmedetomidina, porque não têm efeitos depressivos respiratórios.

Agency EM, 2019

Como intervir? Medidas não-farmacológicas



Bose (2012), Olson (2012), Faught (2014), American Association of Critical-Care Nurses (2016), Hanes (2018)

Conclusão?

O desenvolvimento de delirium nos doentes em Unidade de Cuidados Intensivos é uma realidade frequente, mas desconhecida.

O enfermeiro deve incidir o seu cuidado na avaliação e identificação da existência de delirium, implementando intervenções que previnam e/ou tratem o doente incidindo nos principais fatores de risco modificáveis.

A intervenção de enfermagem deve incidir principalmente em medidas não farmacológicas, fáceis de realizar e de baixo custo, integrando a abordagem ABCDEF, sem esquecer o ambiente adverso associada às UCI's.

Referências Bibliográficas

- ▶ American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: implicações sobre normalizações e normatizações [Internet]. Armed. 2014. 948 p. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2014v11n2p96>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Luandilândia. 2016. 280 p.
- ▶ Internacional N. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015/2017. 2015.
- ▶ Ouimet S, Kawaguchi BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med.* 2007;35(1):66-73.
- ▶ Matguson, RF, Hooper, V, Denislow, SA, & Travis, L. Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *American Journal of critical care.* 2015; 24(2), 156-163.
- ▶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520594/>
- ▶ Ibrahim, K, McCarthy, CP, McCarthy, RJ, Brown, CH, Needleman, DM, Jansini Jr, JL, & McEvoy, JW. Delirium in the cardiac intensive care unit. *Journal of the American Heart Association.* 2018; 7(4).
- ▶ Van den Broek, M, Schoonboon, L, Van der Hoeven, JG, Van Achterberg, T & Pickkers, P. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *International journal of nursing studies.* 2012; 49(7), 773-783.
- ▶ Ely, EW, Shazani, A, Truman, B, Speroff, T, Gordon, SM, Harrell Jr, FE... & Dimus, RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama.* 2004;291(14), 1753-1762
- ▶ American Association of Critical-Care Nurses. AACN Practice Alert: Assessment and management of delirium across the lifespan. *Crit Care Nurs [Internet].* 2016;36(5):14-9. Available from: www.aacnline.org
- ▶ THICKIN SL, WHITE S, KNOXSIHOTA J. Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. *Can J Crit Care Nurs [Internet].* 2017;28(2):19-23.
- ▶ Fandharipande, P. F., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... & Moseley, K. G. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306-1316.
- ▶ Faria, R. S., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 137-47.
- ▶ Brown IV, C. H. (2014). Delirium in the cardiac surgical intensive care unit. *Current opinion in anaesthesiology*, 27(2), 117
- ▶ Almeida MCB, Ribeiro JLP. Stress dos doentes nos cuidados intensivos. Referência [Internet]. 2008;10(7):79-88. Available from: <http://www.index.com/referencia/2008pdi/7-7988.pdf>

Referências Bibliográficas

- ▶ Boor R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012.
- ▶ Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nurs Crit Care*. 2009;14(3):145-54.
- ▶ Marshall MC, Soucy MD. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26(3):172-8.
- ▶ Olson T. Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics [Internet]*. 2012;23:32-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23342936>
- ▶ Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *J Clin Nurs*. 2009;18(2):183-90
- ▶ https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849dae50243a0a1e5e0c/5bb41adc487b473e199b27b_CAM_ICU_flowsheet_Portugese_B.pdf
- ▶ <https://www.icudelirium.org/medicalprofessionals/videos>
- ▶ www.icudelirium.org
- ▶ <https://www.dexdor.eu/>
- ▶ Agency EM. Anexo 1 - Resumo das Características do Medicamento Dexdor. 2010;(Anexo D):1-29.
- ▶ Faught DD. Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. 2014.
- ▶ Hanes E, Colanecceco E. A pilot study of nonpharmacologic management of delirium. *Nursing*. 2018.
- ▶ Khan BA, Perkins AJ, Gao S, Hui SL, Campbell NL, Farber MO, et al. The confusion assessment method for the ICU-7 delirium severity scale: A novel delirium severity instrument for use in the ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(5):851-7.
- ▶ Imagem: <https://today.uconn.edu/2015/07/delirium-shows-its-signature/#>
- ▶ Mangusan, R. F., Hooper, V., Denslow, S. A., & Travis, L. (2015). Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *American Journal of critical care*, 24(2), 156-163

Obrigada!



Imagem depositada em: <https://www.researchprotocols.org/2016/03/14/delirium-in-the-elderly-postoperative-cardiac-surgery>

APÊNDICE V – Questionário de avaliação da sessão de formação

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Designação da sessão de formação: *Delirium* no doente em Unidade de Cuidados Intensivos: Como Intervir?

Data: _____

Horário: _____

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante pois permite-nos aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas. Agradeço a sua participação nesta formação.

Este questionário é anónimo e tem como objetivo aferir a importância dos conteúdos abordados para a sua prática de cuidados, melhorar o meu desempenho em futuras formações e avaliar a pertinência do tema e a necessidade de mais formação nesta área.

Por favor, assinale com X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Escala de avaliação

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não aplicável
1	2	3	4	5	N/A

1. Ação de formação em geral

- a. Importância e utilidade do conhecimento adquirido na prática dos cuidados ao doente.
- b. Adequação da duração da formação.
- c. A formação correspondeu às expectativas.
- d. A formação foi importante para o meu desenvolvimento pessoal.
- e. O tempo despendido nesta formação foi suficiente.

1	2	3	4	5	N/A

2. Conteúdo da ação de formação

- a. Os conteúdos abordados foram importantes para a minha prática.
- b. Adquiri conhecimento novos sobre o *Delirium* no doente em UCI.
- c. Adquiri conhecimento novos sobre como intervir na prevenção e gestão do *Delirium*.

1	2	3	4	5	N/A

3. Formador

- a. Domina a matéria abordada.
- b. Foi capaz de esclarecer as dúvidas dos formandos.
- c. Abordou os assuntos de forma clara e objetiva.
- d. Fez uma boa gestão do tempo.

1	2	3	4	5	N/A

Sugestões:

Obrigada pela sua participação e colaboração!

Enfermeira Paula Neto e Enfermeiro Bruno Bispo

APÊNDICE VI – Resultados da avaliação da sessão de formação

Ação de formação em geral

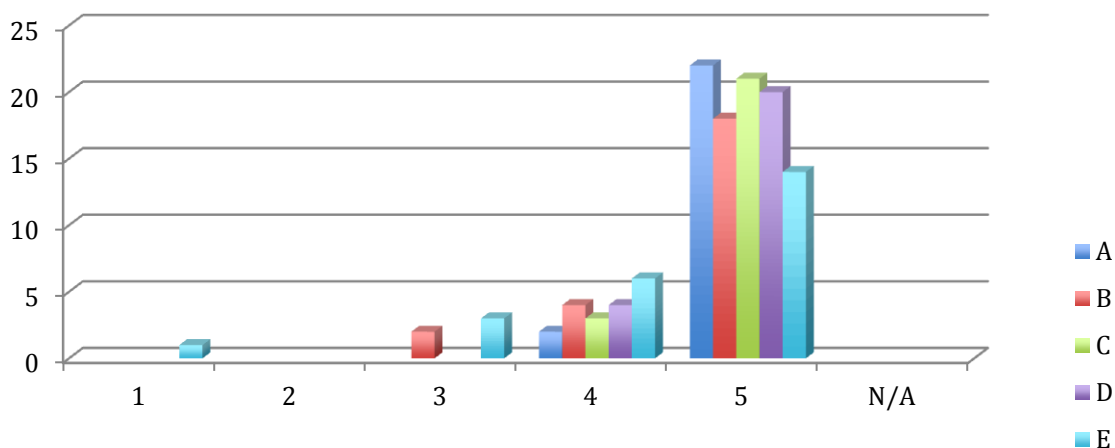


Gráfico 1. Avaliação da ação de formação - A= importância e utilidade do conhecimento adquirido na prática dos cuidados ao doente; B= Adequação da duração da formação; C= A formação correspondeu às expectativas; D= A formação foi importante para o meu des

Conteúdo da ação de formação

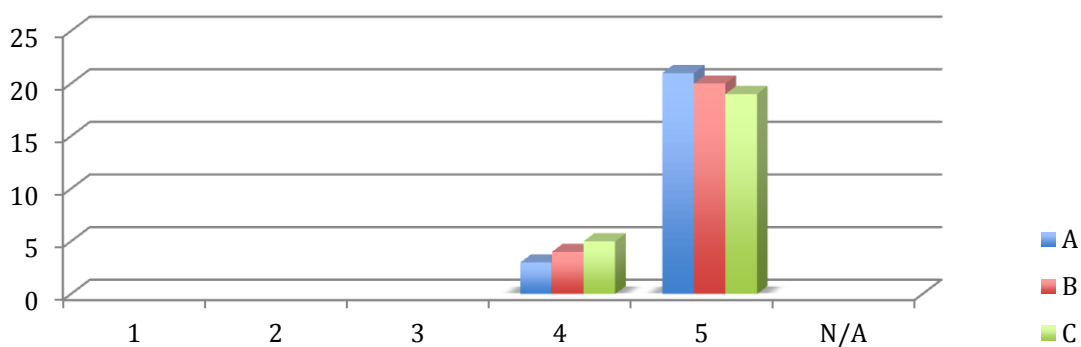


Gráfico 2. Avaliação do conteúdo da formação - A= Os conteúdos abordados foram importantes para a minha prática; B= Adquiri conhecimentos novos sobre *Delirium* no doente em UCI; C= Adquiri conhecimentos novos sobre como intervir na prevenção e gestão do *D*

Formadores

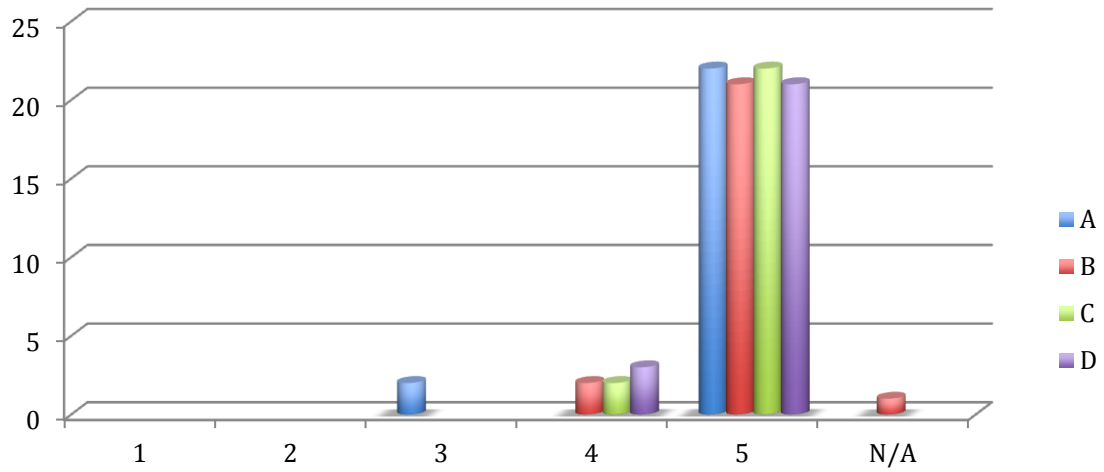


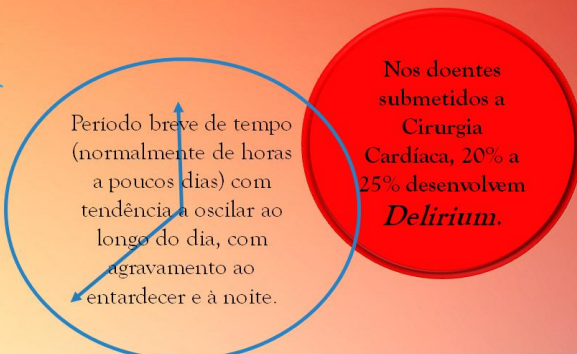
Gráfico 3. Avaliação dos formadores - A= Domina a matéria abordada; B= Foi capaz de esclarecer as dúvidas dos formandos; C= Abordou os assuntos de forma clara e objetiva; D= Fez uma boa gestão do tempo

**APÊNDICE VII – Póster apresentado no estágio:
“*Delirium* em Unidade de Cuidados Intensivos – Como
intervir?”**

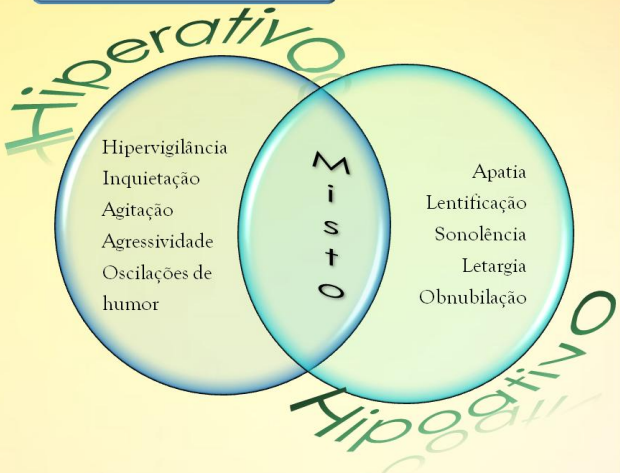
Delirium em Unidade de Cuidados Intensivos – Como intervir?

Bruno Bispo¹, Paula Neto¹, Clara Pinto², Paulo Correia², Filipa Veludo³ & Lurdes Rodrigues³

(1) Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (2) Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (3) Professora Assistente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.



Tipos de Delirium?



Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit CAM-ICU

RASS > -4 (-3 até +4)
Próximo passo →

Delirium = 1 + 2 + 3 ou 4

1 - Início agudo ou curso flutuante
O paciente tem alguma mudança aguda no estado mental em relação ao que era antes?
Ou o paciente teve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas?
Não → Pare Não há Delirium
Sim →

Se RASS = -4 ou -5 (-3 até +4)
PARE

2 - Inatenção
Leia em voz alta as seguintes letras: "S A V E A H A R T" e peça para o paciente apertar a sua mão apenas quando ouvir a letra "A".
São erros: Paciente não aperta quando ouve a letra "A"; Paciente aperta quando ouve outra letra que não a "A".
≥ 3 erros → Pare Não há Delirium
≤ 2 →

3 - Nível de consciência alterado (atual RASS)
Se RASS for 0 prosiga para o próximo passo. Se RASS ≠ 0 → Pare Paciente está com Delirium

4 - Pensamento desorganizado
1. Uma pedra flutua na água? (ou: uma folha flutua na água?)
2. No mar tem peixes? (ou: no mar tem elefantes?)
3. Um 1kg pesa mais que 2kg? (ou: 2kg pesam mais que 1kg?)
4. Você pode usar um martelo para bater um prego? (ou: você pode usar um martelo para cortar madeira?)
5. Comando: "Levante estes dedos" (o examinador levanta 2 dedos na frente do paciente); "Agora faça a mesma coisa com a outra mão" (o examinador não deve repetir o número de dedos); Se o paciente é incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte peça para o paciente levantar um dedo a mais.
≥ 2 erros → Pare Paciente está com Delirium
≤ 1 erro → Pare Não há Delirium

Reavalie o paciente depois

Translated into Portuguese (Brazil) by Dr. Jorge Saliba, MD and Dr. Laura Vidal, MD, 2007

Como intervir?

- A Avaliação, prevenção e gestão da dor
- B Testes de despertar e respiração espontâneas diários
- C Analgesia e sedação adequada
- D Delirium: Avaliação, prevenção e gestão
- E Mobilização precoce e exercício
- F Envolvimento e empowerment da família

Medidas não farmacológicas:
Promover alterações ambientais, redução do ruído, encorajar o doente a usar os óculos e aparelhos auditivos, permitir a entrada de luz natural pelas janelas, mobilização precoce e exercícios, musicoterapia e distração através de jornais, revistas e jogos de trabalho cognitivo.

Medida farmacológica:
Privilegiar a utilização da Dexmedetomidina.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações [Internet]. Artmed. 2014. 948. Mangusan, RP, Hooper, V, Denslow, SA, & Travis, L. Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. American Journal of Critical Care. 2015; 24(2), 156-163. Imagem disponível em: <https://today.uconn.edu/2015/07/delirium-shows-its-signature/#>
 Ibrahim, K, McCarthy, CP, McCarthy, KJ, Brown, GH, Needham, DM, Januzzi, Jr, JL, & McEvoy, JW. Delirium in the cardiac intensive care unit. Journal of the American Heart Association. 2018; 7(4). https://uploads.sfl.webflow.com/5f0894dae50243a0a1e56de5bb11ade487b473e199627b_CAM_ICU_flowsheet_Portuguese_B.pdf. www.icudelirium.org; American Association of Critical-Care Nurses AACN Practice Alert Assessment and management of delirium across the lifespan. Crit Care Nurse [Internet]. 2016;36(5):14-9. Available from: www.ccnonline.org; Root R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing. 2012; Olson T. Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. Dynamics [Internet]. 2012;23:32-61; Faught DD. Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. 2014; Hanes E, Colanaccio E. A pilot study of nonpharmacologic management of delirium. Nursing. 2018; Agency EM. Anexo 1 - Resumo das Características do Medicamento Dexdor. 2010; Anexo D.1-29

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado da apresentação do póster no 1.º
Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
(Lisboa) – “Intervenção especializada: o valor entre a
clínica e a academia”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que **BRUNO BISPO, ANA MAFALDA COSTA, PEDRO COSTA, MARCO PIRES, VITOR SIMÕES** e **SÉRGIO DEODATO** participaram com um Poster:

“Intervenções de Enfermagem na prevenção de lesões por pressão no idoso, associadas ao posicionamento no intra-operatório”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

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


Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

