



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA DETEÇÃO
PRECOCE DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE EARLY DETECTION OF
DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS**

João Tiago Fernandes Marques

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA DETEÇÃO
PRECOCE DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE EARLY DETECTION OF
DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PATIENTS

João Tiago Fernandes Marques

Trabalho elaborado sob a orientação da Prof.^a Mestre Célia Rodrigues de Oliveira

Tavares Vaz

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

“Wisdom is thus not a one-time achievement, but a lifelong pursuit. Only by putting our wisdom into practise do we find our blind spots; do we discover where to refocus our training”

Ryan Holiday in Wisdom Takes Work



AGRADECIMENTOS

Ao meu pai,

por me ter ensinado, desde sempre, a ambicionar mais, a procurar melhor e a não me conformar com o mínimo, mas a aspirar continuamente à superação.

À minha mãe,

que, embora já não possa acompanhar este percurso da forma como outrora acompanhou tantos momentos da minha vida, permanece presente em tudo o que sou. O seu amor foi, é e será sempre uma das bases silenciosas deste caminho.

À minha filha Eva,

pelos dias em que a minha ausência se fez sentir, pelas horas que lhe foram roubadas por esta etapa exigente, e pela pureza com que continua a dar sentido a tudo. Espero, um dia, poder inspirar-te no caminho da excelência, da curiosidade, do esforço e da procura permanente do saber.

À Professora Célia Vaz,

pelo apoio constante, pela disponibilidade, pela paciência e pela forma sábia e segura com que orientou este percurso, tornando-o mais claro, mais sólido e mais possível.

Às minhas enfermeiras orientadoras de estágio,

Enf. Vanessa Costa e Enf. Inês Silvestre,

por todo o conhecimento partilhado, pela disponibilidade demonstrada e pelos momentos de reflexão crítica, tão importantes para o meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista.

E à minha esposa, Heloísa,

meu amor, minha rocha e porto seguro, por teres acreditado em mim mesmo nos momentos de maior cansaço e dúvida, por todo o apoio, incentivo e presença incansável ao longo deste percurso. Sem ti, este caminho não teria sido possível.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaramos ter pautado a elaboração do presente trabalho académico por princípios de integridade e rigor, assegurando que não recorremos a plágio, nem a qualquer forma de utilização indevida, manipulação ou falsificação de informação em nenhuma das fases da sua preparação. Declaramos, ainda, ter conhecimento e cumprir o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



RESUMO

O *delirium* é uma perturbação neuropsiquiátrica aguda, caracterizada por início súbito de confusão, flutuações do nível de consciência, défice de atenção e alterações cognitivas. Em cuidados intensivos, constitui a manifestação mais frequente de disfunção cerebral aguda, apresentando elevada prevalência, particularmente em doentes ventilados mecanicamente. Está associado a consequências clínicas relevantes, incluindo aumento da duração da ventilação mecânica e do internamento, maior mortalidade, institucionalização após a alta e défices cognitivos persistentes.

Apesar do seu impacto, uma proporção significativa de casos permanece não identificada, o que reforça a necessidade de deteção precoce através de instrumentos validados.

Assim, pretendemos evidenciar a importância das intervenções de Enfermagem Especializada na deteção precoce do *delirium* na pessoa em situação crítica.

Na elaboração do presente relatório, recorreremos a uma metodologia descritiva, crítica, reflexiva e fundamentada, integrando as atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso formativo. Destacamos nos contextos de estágio, uma Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e um Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, o seu valioso contributo para a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, bem como das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Do ponto de vista conceptual, adotou-se a Teoria da Vulnerabilidade de Rogers como referencial orientador do pensamento em enfermagem, e todo o percurso foi sustentado pelos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como pelos descritores de Dublin que enquadram o segundo ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Especializada, Delirium, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em situação crítica



ABSTRACT

Delirium is an acute neuropsychiatric disorder, characterised by the sudden onset of confusion, fluctuations in the level of consciousness, attentional deficits, and cognitive disturbances. In intensive care, it represents the most common manifestation of acute brain dysfunction, with a high prevalence, particularly among mechanically ventilated patients. It is associated with clinically significant outcomes, including prolonged duration of mechanical ventilation and hospitalisation, increased mortality, institutionalisation after discharge, and persistent cognitive impairment.

Despite its impact, a substantial number of cases remains unrecognised, which reinforces the need for early detection using validated instruments.

Therefore, this report seeks to highlight the importance of specialist nursing interventions in the early detection of delirium in the critically ill patient.

In preparing this report, we adopted a descriptive, critical, reflective, and evidence-informed methodology, integrating the activities undertaken throughout the entire training pathway. We highlight the clinical placement settings— an Intermediate, Level 2, Medical Care Unit and a Polyvalent Intensive Care Unit—and their valuable contribution to the acquisition and development of Master’s-level nursing competencies, as well as the Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical–Surgical Nursing within the field of Critical Care.

From a conceptual standpoint, Rogers’ Theory of Vulnerability was adopted as the guiding framework for nursing thought, and the entire trajectory was underpinned by the Regulations governing the Common Competences of the Specialist Nurse in Nursing Care for the Person in Critical Condition, as well as by the Dublin Descriptors that frame the second cycle of studies leading to the degree of Master in Nursing.

Keywords: Specialized Nursing Care, Delirium, Medical-Surgical Nursing, Critically ill person.



LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

3D-CAM: *3-Minute Diagnostic Interview for CAM*

4AT: *4 A's Test*

ABCDEF: Avaliar dor; Despertar/Respiração; Escolha de sedação; Delírio; Mobilização; Família (*ICU Liberation bundle*)

AHA: *American Heart Association*

AirVo₂: Sistema/dispositivo *Airvo™ 2* de oxigenoterapia nasal de alto fluxo aquecida e humidificada.

APA: *American Psychological Association*

ATP: Adenosina trifosfato

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BHE: Barreira Hematoencefálica

BIS: Índice Bispectral

CAM: *Confusion Assessment Method*

CAM-ICU: *Confusion Assessment Method for the ICU*

CCEE: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CID-11: Classificação Internacional de Doenças, 11.ª Revisão

CVC: Cateter Venoso Central

DGS: Direção-Geral da Saúde

DSM-III-R: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3.ª edição (revista)

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edição

DSM-5-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edição (*Text Revision*)

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMCPSC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI: Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC: Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EPI: Equipamentos de Proteção Individual

E-PRE-DELIRIC / PRE-DELIRIC: Modelos preditivos de risco de delírio em UCI

ESCID: Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

GABA: Ácido gama-aminobutírico

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

ICDSC: *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

ICE: *International Congress on Emergency*.

ICU: *Intensive Care Unit* (Unidade de Cuidados Intensivos)

ISBAR: Identificação, Situação atual, *Background* (Antecedentes), Avaliação, Recomendações

ITLS: *International Trauma Life Support*

MoCA: *Montreal Cognitive Assessment*

NAS: *Nursing Activities Score*

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONAF: Oxigenoterapia nasal de alto fluxo

PEI: Plano de Emergência Interno

PICC: *Peripherally Inserted Central Catheter*



PiCCO: *Pulse index Continuous Cardiac Output*

PRISMA-ScR: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses–Scoping Review*

PSC: Pessoa em Situação Crítica

RASS: *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV: Suporte Avançado de Vida

SCCM: *Society of Critical Care Medicine*

SClínico: Sistema/Plataforma de Informação Clínica (SClínico)

SMI: Serviço de Medicina Intensiva

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SPICI: Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos.

SPMI: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SWOT: *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

TCE: Traumatismo Cranioencefálico

UCIM: Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

ULS: Unidade Local de Saúde

UPPC: Unidade Psiquiátrica Privada de Coimbra

VMI: Ventilação Mecânica Invasiva

VNI: Ventilação Não Invasiva



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM <i>DELIRIUM</i>	16
1.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA DETEÇÃO PRECOCE DO <i>DELIRIUM</i> NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
1.3 - TEORIA DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ROGERS.....	25
2 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1 - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	30
2.1.1. – Serviço de Medicina Intensiva	30
2.1.2. – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina	32
2.2. - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	33
2.3. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios

APÊNDICE II – Poster Científico – Detecção do delirium em Cuidados Intensivos: Escalas Utilizadas
– Uma Revisão Scoping

APÊNDICE III – Resumo de Revisão Scoping

APÊNDICE IV – Poster Científico: Detecção Precoce do Delirium em Cuidados Intensivos

APÊNDICE V – Formação “Detecção Precoce do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: Desafios e estratégias no S.M.I. – Apresentação da Escala CAM-ICU”



APÊNDICE VI – Norma de Orientação Clínica: Prevenção e Tratamento de Delirium no Serviço de Medicina Intensiva

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Presença no Webinar “Desafios da Gestão em Enfermagem”

ANEXO II – Certificado do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association

ANEXO III – Certificado de Participação no ITLS — International Trauma Life Support

ANEXO IV – Certificado do Programa do Instrutor de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association

ANEXO V – Certificado de Participação na Masterclass: Paragem Cardiorrespiratória Traumática

ANEXO VI – Certificado de Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!”

ANEXO VII – Certificado de Participação no “WEBINAR: Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima”

ANEXO VIII – Certificado de Participação no Webinar: Capacitar para o (Im)Provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe

ANEXO IX – Certificado de Participação no Simpósio Digital “Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos”

ANEXO X – Certificado de Participação no 1º BENCHMARKING DE FORMAÇÃO, SIMULAÇÃO E TREINO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

ANEXO XI – Certificado pela Apresentação da Comunicação Livre em formato de E-Poster, intitulada 'DETEÇÃO DO DELIRIUM EM CUIDADOS INTENSIVOS: ESCALAS UTILIZADAS — A SCOPING REVIEW'

ANEXO XII – Certificado de Participação na Aula Aberta “Cuidado em Momentos Críticos: Respostas Especializadas para Situações de Exceção”

ANEXO XIII – Certificado de Participação na Aula Aberta “Desafios à responsabilidade profissional do enfermeiro e a prática de enfermagem avançada”



ANEXO XIV – Certificado de Participação Workshop “A comunicação na intervenção centrada na pessoa e família em cuidados críticos”

ANEXO XV – Certificado de Participação no Curso de Formação Profissional de Apresentação do Procedimento de Identificação e Intervenção Precoce no Síndrome Confusional Agudo

ANEXO XVI – Certificado de Participação no Workshop “Catástrofe: Caos em 90 minutos”

ANEXO XVII – Certificado de Participação no "Webinar - Catástrofe"

ANEXO XVIII – Certificado de Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

ANEXO XIX – Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025

ANEXO XX – ICE – *International Congress on Emergency 2026 (APEMERG)*

ANEXO XXI - Certificado de Participação no "EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação"

ANEXO XXII - Certificado de Participação no *All Hazards Disaster Response*

INTRODUÇÃO

O presente relatório desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Opção I — Estágio e Relatório, integrada no 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Egas Moniz School of Health & Science, pretende ser representativo - através da descrição e reflexão crítica, detalhada e fundamentada das atividades realizadas - do desenvolvimento e aquisição de competências durante este percurso formativo, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como a atribuição do Grau académico de Mestre em Enfermagem, de acordo com os descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação (Portugal, 2021).

Relativamente às competências anteriormente referidas, considerámos as competências comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) definidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) e as competências específicas estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018), centradas na área de EMC e, de modo particular, no cuidado à PSC.

Complementarmente, toda a nossa atuação foi orientada pelos princípios constantes do Estatuto da OE (Assembleia da República, 2024), pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Ministério da Saúde, 1996) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem (OE, 2015). Estes documentos suportam a prestação de cuidados seguros, eficazes e éticos, baseados em evidência científica, promovendo a melhoria contínua da qualidade, a excelência do desempenho e o cumprimento das normas legais e deontológicas.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 da OE, considera-se pessoa em situação crítica “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende da utilização de meios avançados de vigilância, monitorização e intervenção terapêutica” (OE, 2011, p. 8656), realidade esta frequentemente observada tanto em Unidades de Cuidados Intensivos como em unidades de nível II, designadamente nas Unidades de Cuidados Intermédios. Estes contextos assumem-se, por isso, como espaços privilegiados para cuidar da PSC e para aprofundar competências diferenciadas. De acordo com Benner (2001), a prática clínica, pela sua complexidade e imprevisibilidade, permite um desenvolvimento mais realista do que a aprendizagem exclusivamente teórica, sendo decisiva na construção de competências profissionais.

Como anteriormente referido, são estes os contextos, onde a possibilidade de encontrar PSC com situações de delirium é particularmente elevada. O *delirium* é entendido como uma disfunção

cerebral aguda, de início rápido e curso flutuante, caracterizada por alteração da atenção e da consciência, acompanhada por alterações cognitivas e/ou perceptivas. Pode manifestar-se nas formas hiperativa, hipoativa ou mista. A forma hipoativa, frequentemente “silenciosa”, tende a ser subdiagnosticada quando não existe uma avaliação estruturada e seriada, o que é particularmente relevante porque limita a identificação precoce de fatores precipitantes e atrasa intervenções dirigidas, contribuindo para a persistência do quadro ao longo do internamento (Mart et al., 2021; Stollings et al., 2021).

O percurso descrito neste relatório incluiu um total de 360 horas, realizadas entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, distribuídas por dois contextos: 180 horas num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e 180 horas numa Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM), num hospital da Área Metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo.

A seleção destes contextos assenta na sua relevância clínica e no potencial formativo diretamente associado ao tema em estudo, “*Intervenções de enfermagem especializada na deteção precoce do delirium na pessoa em situação crítica*”, uma problemática frequente e de elevado impacto, reforçada pela sua elevada frequência em meio hospitalar e, de forma mais expressiva, em cuidados intensivos.

No SMI, a elevada complexidade assistencial, a frequência de sedação, ventilação mecânica e risco acrescido de disfunção orgânica tornam este ambiente particularmente favorável à deteção precoce e à monitorização sistemática do *delirium*. Na UCIM, enquanto unidade de transição entre cuidados intensivos e enfermaria, é possível perceber a continuidade de cuidados e vigilância de alterações cognitivas mais subtis, frequentemente visíveis em fases de recuperação; esta complementaridade entre SMI e UCIM possibilitou uma leitura mais abrangente e longitudinal do *delirium* ao longo de diferentes fases de instabilidade clínica, apoiando intervenções especializadas, contextualizadas e eficazes.

Toda a nossa prática clínica, durante este percurso formativo, teve como referencial teórico a Teoria da Vulnerabilidade de Rogers. Este modelo conceptualiza a vulnerabilidade como um processo dinâmico resultante do equilíbrio (ou desequilíbrio) entre características pessoais, recursos externos e exposição a riscos (Rogers, 1997), oferecendo uma lente útil para compreender a elevada frequência e o impacto clínico do *delirium* em ambientes complexos e em situação de doença aguda.

Tendo em conta o anteriormente descrito, estabelecemos os seguintes objetivos para este relatório de estágio:

1. Analisar e refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem, durante o percurso formativo.

2. Relacionar a prática clínica e as competências do Enfermeiro Especialista, com foco no cuidado à Pessoa em Situação Crítica com delirium.

3. Conhecer a melhor e mais atualizada evidência científica disponível acerca das intervenções de enfermagem especializada, na abordagem à Pessoa em Situação crítica com delirium, através da realização de uma *Scoping Review*.

Em termos estruturais, o relatório encontra-se organizado em dois capítulos principais. O primeiro inclui o enquadramento teórico e conceptual da temática, subdividindo-se em três subcapítulos: inicialmente, apresenta-se a conceptualização do delirium na pessoa em situação crítica, seguida de uma síntese teórica dos seus principais aspetos; posteriormente, abordam-se as intervenções de enfermagem especializada orientadas para a sua deteção precoce; por fim, expõem-se o modelo e os conceitos selecionados, bem como a evidência científica que os sustenta, constituindo estes elementos a base que suporta a análise reflexiva desenvolvida mais adiante. O segundo capítulo centra-se na componente prática do percurso, descrevendo os contextos de ensino clínico, através da caracterização da instituição e dos serviços, e apresentando a análise reflexiva do desenvolvimento de competências enquanto futuro Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em EMC–PSC, articulando as atividades realizadas com a respetiva fundamentação.

Este relatório foi redigido segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos indicadas para os Mestrados da Instituição e segundo o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. As referências bibliográficas estão de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição de 2020.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM *DELIRIUM*

O delirium é reconhecido na literatura médica há mais de dois mil anos, tendo sido inicialmente referido por Hipócrates. O termo deriva do latim *delirare* e foi introduzido no século I d.C. por Celso para descrever alterações mentais associadas a febre ou traumatismo craniano, significando etimologicamente “desviar-se do caminho”.

Embora “delírio” e delirium pareçam termos semelhantes, tratam-se de entidades distintas: o delirium é um transtorno orgânico, de início agudo, marcado por alteração do nível de consciência e da atenção e frequente no hospital — em especial em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) —, com quadro clínico que pode incluir desorganização do pensamento, agitação ou lentificação psicomotora, perturbações do ciclo sono-vigília e défices cognitivos transitórios; já o delírio corresponde a uma alteração psicótica do juízo da realidade, composta por crenças falsas, inabaláveis e resistentes à argumentação, muitas vezes impossíveis ou altamente implausíveis. Em suma, o delirium compromete sobretudo consciência/atenção e tem etiologia orgânica, ao passo que o delírio incide sobre o conteúdo do pensamento e decorre tipicamente de patologia psiquiátrica (Caribe, 2020).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Quinta Edição (DSM-5) operacionaliza este quadro como perturbação aguda da atenção e da consciência, com início rápido e flutuação, associada obrigatoriamente a alteração adicional da cognição (p.ex., memória, orientação, linguagem, percepção ou capacidades visuoespaciais). O diagnóstico exige ainda que o quadro não seja explicado por um transtorno neurocognitivo prévio e que não ocorra em contexto de alteração grave do estado de alerta como coma (American Psychiatric Association, 2024). Mais recentemente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR) mantém estes critérios e explicita a necessidade de um fator causal identificável (condição médica, intoxicação/abstinência, exposição a toxinas ou etiologia múltipla), reforçando a distinção face a estados de diminuição global do nível de consciência (Fiest et al., 2023; American Psychiatric Association, 2024; Fan et al., 2024).

A Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão (CID-11) é concordante, salientando o carácter potencialmente reversível e a exigência de uma etiologia identificável (médica, farmacológica ou ambiental) (World Health Organization, 2022).

A European Delirium Association e a American Delirium Society apoiam os critérios do DSM-5 e da CID-11 e enfatizam a importância da deteção precoce com escalas validadas, gestão

multidisciplinar centrada na pessoa, educação clínica continuada e envolvimento da família (European Delirium Association, 2025; American Delirium Society, 2025)

No contexto nacional, embora não exista uma sociedade portuguesa dedicada exclusivamente ao estudo do delirium, várias instituições abordam o tema com rigor. A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) apresenta o delirium como uma perturbação confusional aguda caracterizada por redução da atenção e alterações cognitivas, com início abrupto e evolução flutuante (Martins & Roque, 2015).

O delirium, como anteriormente referido, é uma disfunção cerebral aguda e multifatorial, particularmente relevante na pessoa em situação crítica, resultante da interação entre disrupção neuroquímica, neuroinflamação, stress oxidativo/disfunção energética e alterações do ritmo circadiano (Fan et al., 2024). Um eixo central envolve desequilíbrio de neurotransmissores — com hipoatividade colinérgica e hiperatividade dopaminérgica — e participação de outras vias (serotonina, GABA, glutamato e norepinefrina), o que ajuda a explicar o risco acrescido com fármacos anticolinérgicos, dopaminérgicos e benzodiazepínicos (Fan et al., 2024). Em contextos como sépsis, trauma ou cirurgia, a inflamação sistémica e a maior permeabilidade da barreira hematoencefálica amplificam a neuroinflamação (ativação endotelial/microglial), com impacto em redes fronto-hipocámpais e aumento da vulnerabilidade cerebral; estes processos são agravados por stress oxidativo e disfunção mitocondrial, com redução de ATP e perturbação da neurotransmissão (Fan et al., 2024). No conjunto, estes mecanismos interdependentes podem formar um ciclo inflamação–BHE–neurotransmissores–stress oxidativo–sono, sustentando a flutuação e a gravidade do delirium (Fan et al., 2024).

Compreender, ainda que de forma sucinta, este mecanismo é importante para a prática do enfermeiro porque clarifica que o delirium não é um “comportamento” isolado, mas a expressão de disfunção cerebral aguda influenciada por inflamação, hipóxia, alterações metabólicas, dor, sedação e privação de sono. Este conhecimento orienta a deteção precoce ao aumentar a suspeita clínica perante alterações subtis e flutuantes do estado mental, sobretudo em doentes sedados ou com risco elevado, e reforça a necessidade de avaliação seriada com escalas validadas e de registo estruturado. Além disso, permite ao enfermeiro integrar a avaliação cognitiva com o contexto clínico (p. ex., sépsis, disnatremias, hipercapnia, exposição a fármacos deliriogénicos), sinalizar precocemente potenciais precipitantes modificáveis à equipa e ajustar intervenções de enfermagem no ambiente e no cuidado diário, favorecendo uma resposta mais atempada e consistente.

O delirium pode manifestar-se em três subtipos motores, definidos pelo perfil psicomotor: hiperativo, caracterizado por agitação, inquietação, impulsividade e comportamento por vezes

agressivo; hipoativo, marcado por apatia, letargia, lentidão, hiporresponsividade, reatividade diminuída e fala escassa; e misto, quando há alternância entre os dois padrões ao longo do tempo (Stollings et al., 2021).

Em contexto geral e em particular no SMI, a forma hipoativa é a mais frequente e tende a ser menos reconhecida por mimetizar fadiga ou depressão; o misto é também comum (Stollings et al., 2021).

Para além do fenótipo motor, têm sido propostos fenótipos clínicos que integram contexto e etiologia dominante: séptico (inflamação sistémica/neuroinflamação), metabólico (p.ex., disnatremias, uremia, hipoglicemia) e associado a sedação (Stollings et al., 2021).

Em síntese, subtipos e fenótipos associam-se a desfechos distintos. O delirium misto tem sido ligado a maior duração, mais dias de internamento, maior exposição a sedativos/antipsicóticos e maior mortalidade nas coortes analisadas; por outro lado, vários relatórios observacionais sublinham maior mortalidade no hipoativo, provavelmente pelo sub-reconhecimento e pela carga de doença subjacente (Stollings et al., 2021).

Fatores específicos da pessoa (idade avançada, fragilidade, diabetes, infeções, antecedentes de AVC, demência ou disfunção cognitiva pré-operatória) e fatores médicos (anestesia geral, uso de sedativos) aumentam o risco de delirium em SMI. Adicionalmente, o medo e a ansiedade induzidos pelo ambiente do SMI, assim como os distúrbios do sono, agravam a incidência (American Psychiatric Association, 2024).

Conhecer estes fatores de risco permite ao enfermeiro identificar precocemente doentes de maior vulnerabilidade, intensificar a vigilância e o rastreio seriado com escalas validadas e antecipar intervenções no ambiente, sono, comunicação e sedoanalgesia para reduzir o risco de delirium.

O delirium é uma das perturbações mentais, com uma prevalência e incidência particularmente elevada nas PSC internadas em SMI sob ventilação mecânica (60-80%) (Hsiao et al., 2024) que ainda continua subdiagnosticado, porque os sintomas são frequentemente atribuídos a outras condições (Fernandes et al., 2024). Está associado de forma consistente a desfechos adversos, incluindo internamentos prolongados, disfunção cognitiva, custos elevados, entre outros e a um incremento substancial da morbidade e mortalidade. (Paixao et al., 2021)

Do ponto de vista psicossocial, o sofrimento relacionado com o delirium — incluindo sintomas tipo Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), ansiedade e depressão — associa-se a maior gravidade da doença crítica, maior défice cognitivo e maior duração do delirium e a recordação destes episódios pode persistir por meses após a sua resolução (Williams et al., 2020).

Com a adoção global de instrumentos validados e a atualização de protocolos de sedação e mobilização, as taxas de incidência de delirium diminuíram cerca de 25% (Stollings et al., 2021).

Importa sublinhar que esta redução está intimamente ligada à deteção mais precoce e sistemática do delirium, sustentada na utilização de instrumentos validados (Stollings et al., 2021). A aplicação consistente destas ferramentas depende, em grande medida, da vigilância contínua e do registo estruturado realizados pela equipa de enfermagem, com particular relevância do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica.

No capítulo seguinte, apresentam-se as principais intervenções de enfermagem especializada na deteção do delirium em SMI e o seu enquadramento na prática clínica, assim como alguns instrumentos de deteção do delirium.

1.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA DETEÇÃO PRECOCE DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A deteção, prevenção e tratamento do delirium são prioridades de saúde pública, mas a síndrome continua frequentemente subdiagnosticada e subvalorizada em SMI (Li et al., 2022; Lindroth et al., 2024).

Face à elevada prevalência e às consequências clínicas, a equipa de enfermagem deve realizar a monitorização sistemática do delirium em todos os adultos internados em SMI, pelo menos uma vez por turno. Esta recomendação assenta em evidência moderada (grau +1B) e é especialmente dirigida à PSC com risco moderado a elevado (história de demência, hipertensão, alcoolismo, sépsis grave, ventilação mecânica ou sedação opiácea) (Lewis et al., 2025; SCCM, 2025; Barr et al., 2024).

Já em 2002, diretrizes internacionais, destacavam a necessidade de monitorização sistemática na deteção precoce do delirium (Lewis et al., 2025; SCCM, 2025). A vigilância estruturada reduz a incidência, previne lesões acidentais e melhora a segurança ao permitir à equipa multiprofissional adotar medidas preventivas e terapêuticas mais efetivas (Sosnowski et al., 2023; Barr et al., 2024).

A implementação bem-sucedida de instrumentos para a deteção de delirium requer uma mudança cultural: abandonar a perceção do delirium como inevitável e adotar uma abordagem proativa, reconhecendo-o como um fator modificável e um preditor de pior prognóstico (Lange et al., 2023; Lindroth et al., 2024).

Neste processo, a evidência sublinha o papel central dos enfermeiros na vigilância e monitorização contínuas no delirium na pessoa em situação crítica, o que favorece a identificação precoce de alterações comportamentais; esta centralidade é reforçada pela proximidade permanente

à PSC e pela capacidade de reconhecer precocemente sinais cognitivo-comportamentais relevantes (Kim et al., 2025; Hebeshy et al., 2024; Plácido et al., 2025).

Essa proximidade contínua, traduz-se numa posição privilegiada para a vigilância clínica sistemática da PSC, permitindo ao enfermeiro detetar variações subtis do estado mental frequentemente antes de serem valorizadas por outros elementos da equipa.

Em particular, sendo o delirium hipoativo frequentemente “silencioso” e menos reconhecido, exige vigilância contínua e uma avaliação estruturada e seriada do estado mental, evitando que sinais como apatia, lentificação ou hiporresponsividade sejam interpretados apenas como fadiga, depressão ou efeito da sedação. Assim, a intervenção do enfermeiro especialista deve integrar observação e vigilância clínica sistemática com aplicação regular de escalas validadas, registo objetivo e comunicação consistente à equipa, permitindo captar flutuações e desencadear, de forma atempada, planos de atuação e monitorização ajustados ao perfil clínico e ao risco associado a cada apresentação (Stollings et al., 2021).

Contudo, para que esta vigilância seja consistente, comunicável e comparável ao longo do tempo e entre profissionais, torna-se essencial estruturá-la através de instrumentos padronizados, como as escalas validadas de avaliação e deteção de delirium, que operacionalizam a observação clínica e reforçam a identificação precoce e a monitorização da evolução.

A utilização sistemática destas escalas torna a monitorização exequível na prática, promovendo uma identificação mais eficiente e uma intervenção precoce e dirigida (Chen et al., 2021; Diao et al., 2024).

Ainda assim, apesar de existirem escalas validadas, a implementação permanece limitada. Um estudo europeu identificou várias barreiras à deteção eficaz, nomeadamente: perceção insuficiente da gravidade (34%), falta de conhecimento (33%), escassez de formação (13,2%), limitação de tempo (8,8%), conceções erradas sobre o delirium (24,4%), ausência de formação estruturada (13,3%) e más práticas clínicas (4,5%), reforçando a necessidade de programas educativos e protocolos uniformes (Lange et al., 2023; Lindroth et al., 2024).

A seleção do instrumento deve, por isso, ser criteriosa, assegurando avaliação dos componentes nucleares (alterações de consciência, curso flutuante, desatenção e pensamento desorganizado), com validade e fiabilidade comprovadas em SMI e aplicação rápida pelos profissionais de saúde (Chen et al., 2021). Impõe-se, por isso, o uso de ferramentas validadas, simples e com boa fiabilidade interavaliadores, comunicáveis entre profissionais (Hughes et al., 2020). A avaliação estruturada aumenta a deteção, reduz casos não diagnosticados, melhora resultados (mortalidade e complicações) e viabiliza intervenções preventivas e terapêuticas oportunas (Hughes et al., 2020; Ma

et al., 2023; Van den Boogaard et al., 2024; Miranda et al., 2023; Spiegelberg et al., 2020; Krewulak et al., 2020).

Com o objetivo de conhecer a melhor evidência científica disponível sobre a temática em estudo, realizámos uma *Scoping Review* ([Apêndice III](#)) para responder à questão de investigação: “Quais são as escalas utilizadas na deteção do delirium na PSC em SMI?” A pesquisa foi realizada nas bases de dados da plataforma EBSCOHost e na base de dados eletrónica *PubMed*, no período temporal entre 29 de janeiro de 2025 e 17 de fevereiro de 2025.

Embora o foco deste relatório incida nas intervenções de enfermagem especializada na deteção precoce do delirium na pessoa em situação crítica, a eficácia dessas intervenções depende, a montante, da capacidade de reconhecer o delirium de forma atempada, consistente e objetiva. Ou seja, não há intervenção precoce sem deteção precoce e, em contexto de SMI, a deteção baseada apenas na impressão clínica tende a ser variável, sobretudo perante sedação, ventilação mecânica, hipoatividade e flutuações do quadro. Apesar de as diretrizes recomendarem o recurso a instrumentos validados, persistem heterogeneidade de escalas, diferenças de aplicabilidade em doentes ventilados/não ventilados e variabilidade de adoção entre equipas, o que influencia diretamente a prática diária, a comunicação interprofissional e a monitorização longitudinal. Neste sentido, conhecer e mapear as escalas utilizadas constitui um passo essencial para sustentar, com evidência, a escolha do instrumento mais ajustado ao contexto e à competência do enfermeiro especialista, apoiar estratégias de formação e promover protocolos uniformes. Assim, a *Scoping Review* não se sobrepõe ao tema central, mas funciona como alicerce operacional: clarifica quais os instrumentos utilizados na deteção do delirium e, a partir dessa base, sustenta a fundamentação das intervenções de enfermagem especializada, orientadas para uma atuação precoce, sistemática e eficaz.

A pesquisa realizada obteve um total de 585 artigos. Após eliminação dos duplicados e a análise dos títulos, 31 foram selecionados para leitura do resumo e destes, 13 artigos para leitura integral, dos quais 9 cumpriram todos os critérios de elegibilidade e constituíram *o corpus* do estudo.

De acordo com a evidência científica encontrada na *scoping*, a deteção do delirium em SMI é maioritariamente realizada com escalas estruturadas e validadas, destacando-se a *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)* e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)* como as mais utilizadas.

Segundo Hughes et al. (2020), a CAM-ICU é a ferramenta mais citada (78,1% dos estudos), o que se confirmou nesta revisão. Foi desenvolvida por Ely et al. em 2001, adapta a CAM a pessoas ventiladas e não verbais e avalia quatro critérios: início agudo/curso flutuante, desatenção,

pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência; o diagnóstico de delirium exige a observação dos dois primeiros critérios e, pelo menos, um dos dois últimos (Hughes et al., 2020).

As limitações mais relevantes incluem menor sensibilidade para delirium hipoativo e aplicabilidade dependente de elegibilidade (p.ex., RASS > -4), além da necessidade de formação rigorosa (Brefka et al., 2022).

A *ICDSC* foi desenvolvida em 2021, pela Dra. Nicole Bergeron e colaboradores. Criada como um instrumento de avaliação de 8 itens, aplicável em cerca de 15 minutos e baseado nos critérios do DSM-IV, foi concebida para que os enfermeiros monitorizassem o delirium em doentes em estado crítico, permitindo especificamente a avaliação de doentes não verbais ou sob sedação, sendo mais sensível para casos hipoativos (Hartmann & Wagner, 2015; Krewulak et al., 2020; Van den Boogaard et al., 2024). Em contrapartida, pode mostrar maior variabilidade interobservador e ligeiro aumento de falsos positivos, sobretudo em pessoas com défices cognitivos prévios. (Brefka et al., 2022; van den Boogaard et al., 2024; Hughes et al., 2020).

Ambas as escalas apresentam, contudo, diferentes níveis de sensibilidade e especificidade, o que lhes confere desempenhos diagnósticos distintos.

A sensibilidade corresponde à capacidade de um instrumento identificar corretamente os casos de delirium, minimizando falsos negativos, enquanto a especificidade corresponde à capacidade de excluir corretamente a sua presença, minimizando falsos positivos. Estes indicadores são particularmente relevantes em SMI, uma vez que sustentam decisões clínicas e de equipa: sensibilidade insuficiente pode atrasar o reconhecimento e a intervenção, e especificidade insuficiente pode aumentar diagnósticos indevidos e intervenções desnecessárias.

Na nossa *scoping review*, 6 dos 9 artigos incluídos reportam para a CAM-ICU, valores aproximados de sensibilidade/especificidade na ordem de 86%/96% respetivamente (van den Boogaard et al., 2024; Brefka et al., 2022; Miranda et al., 2023; Spiegelberg et al., 2020; Krewulak et al., 2020; Ho et al., 2020). Para a *ICDSC*, estes parâmetros são reportados em 3 dos 9 artigos, com valores aproximados na ordem de 86%/88% respetivamente (van den Boogaard et al., 2024; Krewulak et al., 2020; Ho et al., 2020).

Em síntese, estes resultados sugerem um desempenho diagnóstico globalmente robusto para ambas as escalas, embora com variabilidade entre estudos e versões.

De forma geral, a *CAM-ICU* tem sido associada a especificidade elevada, enquanto a *ICDSC* pode evidenciar maior sensibilidade em determinados contextos, o que sugere potencial complementaridade entre instrumentos, dependendo do objetivo clínico (rastreamento vs confirmação) e do perfil da PSC (van den Boogaard et al., 2024; Ho et al., 2020; Krewulak et al., 2020). A seleção deve,

por isso, atender às características do doente, à experiência da equipa e aos recursos disponíveis; adicionalmente, a integração em registos clínicos eletrónicos, bem como auditorias e feedback, podem favorecer a adesão e a consistência de aplicação (Ishii et al., 2022; van Nieuw Amerongen et al., 2023).

Embora *CAM-ICU* e *ICDSC* surjam como os instrumentos mais validados, as barreiras práticas e a ausência de estudos comparativos diretos entre todas as escalas impedem uma recomendação definitiva para todos os contextos. Futuras investigações multicêntricas e padronizadas, idealmente incluindo validação em contexto português, serão essenciais para sustentar uma prática mais consistente e baseada na melhor evidência, promovendo deteção precoce e gestão mais eficaz do delirium na PSC (Miranda et al., 2023; Krewulak et al., 2020; Ishii et al., 2022).

Em SMI, o EEPSC está numa posição privilegiada para a deteção precoce do delirium, graças à vigilância contínua e à aplicação sistemática de escalas validadas, integrando a avaliação no registo clínico e no plano de cuidados, contudo, apesar da robustez da evidência, a implementação é frequentemente irregular e vulgarmente dependente de formação estruturada da equipa multidisciplinar em particular da equipa de enfermagem, da cultura de segurança e até da integração destes instrumentos no registo eletrónico com auditoria e *feedback*.

Compete às equipas de enfermagem e médica implementar protocolos institucionais que definam a(s) escala(s) padrão, critérios de elegibilidade pelo RASS e frequência de avaliação (Intensive Care Society, 2025), porém o contributo do EEPSC é aqui decisivo, na vigilância permanente, na aplicação das escalas e no reconhecimento precoce de alterações cognitivas e implementação de intervenções não farmacológicas (Oliveira, 2022; Santos, 2021; Spiegelberg et al., 2020; Krewulak et al., 2020). Cabe aos enfermeiros liderar estratégias preventivas, planear a formação e a articulação interprofissional (De Trizio et al., 2025; Fayssoil et al., 2025).

A gestão do delirium em SMI assenta numa estratégia de prevenção ativa e na manutenção da função cerebral, pois não existem terapêuticas farmacológicas com benefício consistente na redução da gravidade ou duração do delirium já estabelecido. Os antipsicóticos podem ser úteis para controlar agitação de risco, mas não resolvem o delirium (Burry et al., 2021).

Assim, a atuação do EEPSC na deteção precoce do delirium concretiza-se, em primeiro lugar, na implementação de um rastreio estruturado e rigorosamente documentado, através da avaliação sistemática e sistematizada com instrumentos validados (*CAM-ICU/ICDSC*). Esta avaliação deve assegurar consistência interavaliadores, registo no processo clínico e comunicação objetiva à equipa, de modo a sustentar a identificação atempada e a ativação de planos de atuação (Burry et al., 2021). Isto pressupõe uma vigilância contínua do estado mental, orientada para microflutuações e para desvios ao padrão habitual da pessoa, com avaliações regulares através de escalas, cuja aplicação

sistemática é decisiva para captar formas hipoativas, frequentemente silenciosas e subvalorizadas (Kotfis et al., 2022).

Esta vigilância implica integrar sinais comportamentais (p. ex., desatenção, desorientação, pensamento desorganizado, agitação/hipoatividade, inversão sono–vigília) com o contexto clínico e terapêutico, assegurando simultaneamente registo estruturado e comunicação objetiva à equipa (Chen et al., 2021; Diao et al., 2024; Hughes et al., 2020).

No mesmo sentido, importa avaliar sistematicamente a dor e o nível de sedação, aplicando medidas não farmacológicas e ajustando analgesia e sedação conforme prescrição e protocolos, dada a sua influência direta na expressão clínica e no risco de delirium (Burry et al., 2021).

Do ponto de vista operativo, esta abordagem implica: (i) verificar a elegibilidade para aplicação das escalas (p. ex., nível de sedação) e garantir consistência interavaliadores; (ii) repetir a avaliação perante alterações clínicas relevantes e aumentar a frequência quando há rastreio positivo ou alteração do nível de consciência, de modo a captar delirium hipoativo e quadros flutuantes; (iii) ativar um plano de atuação em função do resultado (p. ex., sinalização à equipa multiprofissional, identificação dirigida de fatores precipitantes e implementação imediata de medidas não farmacológicas); e (iv) monitorizar a evolução ao longo dos turnos, documentando a resposta às intervenções e assegurando continuidade do cuidado (Ishii et al., 2022; van Nieuw Amerongen et al., 2023). A operacionalização destas etapas é reforçada quando se encontra integrada em protocolos/normas institucionais e no registo eletrónico, com auditoria e feedback, reduzindo variabilidade e promovendo uma resposta consistente e mensurável.

Neste enquadramento, e em particular no que se refere ao ponto (iii) supracitado, a intervenção do enfermeiro especialista ganha maior robustez quando alinhada com o *bundle ABCDEF*. Um conjunto estruturado de intervenções baseadas na evidência para cuidados que integra a gestão da dor, o despertar e a respiração espontânea, a otimização da sedação, a monitorização e prevenção do delirium, a mobilização precoce e o envolvimento da família, organizando a prática diária e favorecendo a deteção precoce, a prevenção ativa e melhores resultados quando aplicado com qualidade (Mart et al., 2021; Sosnowski et al., 2023).

A gestão clínica do delirium requer ainda processos de melhoria contínua liderados por enfermeiros, incluindo rastreios integrados no registo clínico, listas de verificação por turno para fatores precipitantes, painéis de monitorização da aplicação do *ABCDEF*, auditorias de qualidade e formação interprofissional, com vista a, tal como mencionado, reduzir variabilidade e ultrapassar barreiras como a escassez de profissionais e a resistência organizacional (Mart et al., 2021).

Apesar de heterogeneidade e lacunas para algumas intervenções isoladas, a evidência sustenta uma abordagem centrada na pessoa, multicomponente e preventiva, na qual o EEPSC assume papel nuclear na identificação sistemática e na gestão diária do delirium, articulando alerta à equipa médica perante prescrição excessiva ou deficitária, mobilização, higiene do sono e envolvimento familiar com sedação ligeira orientada a objetivos (Burry et al., 2021; Sosnowski et al., 2023; Mart et al., 2021). Ao operacionalizar este modelo, (rastreamento consistente, vigilância contínua, avaliação de dor/sedação e ativação precoce de medidas não farmacológicas), o EEPSC reduz a carga clínica do delirium ao diminuir casos não identificados, encurtar a exposição a fatores precipitantes e antecipar correções antes de ocorrer uma escalada de agitação, remoção de dispositivos, contenções e necessidade de sedação mais profunda. Esta atuação traduz-se em ganhos assistenciais e organizacionais, ao favorecer intervenções atempadas e padronizadas, melhorar a coordenação interprofissional e promover práticas associadas a melhores resultados, incluindo redução de complicações e otimização de tempos de internamento, tal como referido no subcapítulo anterior (Hughes et al., 2020; Burry et al., 2021; Mart et al., 2021; Sosnowski et al., 2023).

Em suma, o desempenho do EEPSC é decisivo na deteção precoce do delirium pela vigilância contínua do estado mental e pela aplicação sistemática de escalas validadas, com registo estruturado e comunicação objetiva à equipa. A sua intervenção permite reconhecer formas hipoativas e flutuantes frequentemente subdiagnosticadas e ativar precocemente planos de atuação. Assenta ainda na avaliação da dor e do nível de sedação e na implementação imediata de medidas não farmacológicas, articuladas com a equipa multidisciplinar para reduzir fatores precipitantes e melhorar resultados.

1.3 - TEORIA DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ROGERS

A teoria da vulnerabilidade humana foi desenvolvida por uma enfermeira canadiana, Alice Catherine (Ada) C. Rogers em 1997, no contexto da publicação do artigo “*Vulnerability, health and health care*” no *Journal of Advanced Nursing*, trabalho-chave em que apresentou a sua conceção de vulnerabilidade em saúde.

Contudo, o primeiro uso conhecido do conceito de vulnerabilidade data de 1595; a palavra deriva do latim tardio *vulnerabilis*, “ferir”, de *vulnerare*, “ferir, lesionar ou mutilar”, por sua vez derivado de *vulnus*, “ferida” (Gathron, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define vulnerabilidade como o “grau de incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças ou acidentes” (OMS, 2002). Enquanto traço da condição humana ligado à finitude e

fragilidade, a vulnerabilidade foi consagrada como princípio ético na Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos (2005), para salvaguardar a dignidade humana quando autonomia e consentimento se revelam insuficientes (Neves, 2006).

No que concerne a vulnerabilidade, Rogers (1997) distingue fatores não modificáveis, fora do controlo individual (idade, sexo, etnicidade, predisposição genética), e fatores modificáveis, suscetíveis de intervenção (escolaridade, nível socioeconómico, suporte social). Acresce também que esta é moldada por condições ambientais, imediatas (temperatura, ruído, poluição) e alargadas (família, comunidade, sociedade), incluindo determinantes como educação, rede de suporte e acesso a cuidados de saúde.

Daqui decorre a formulação central: a relação entre recursos pessoais e recursos ambientais reflete o grau de vulnerabilidade. Essa relação pode ser ilustrada por um triângulo equilátero que representa a interação entre três variáveis (características pessoais, recursos externos e exposição a riscos); à medida que a pessoa desenvolve mais recursos pessoais ou está num ambiente mais favorável, a vulnerabilidade tende a reduzir-se (Rogers, 1997).

A evidência indica que a vulnerabilidade é transversal à prestação de cuidados; porém, pessoas admitidas ou tratadas em ambientes de emergência clínica são particularmente vulneráveis (Hansagi, 1991). Na PSC, a vulnerabilidade não é apenas um enquadramento conceptual: traduz-se numa maior suscetibilidade a alterações agudas do estado mental, como o delirium, na medida em que a redução de recursos pessoais e o aumento abrupto de exposições a fatores de stress, diminuem a capacidade de adaptação ao contexto de doença e de internamento. Perante iminência de fim de vida, exposição corporal, dor, incapacidade para autocuidado, ausência de controlo, medo do desconhecido e dificuldade em satisfazer necessidades, instala-se fragilidade e incerteza, criando um terreno propício à desorganização cognitiva e à flutuação da atenção em doentes já fisiologicamente instáveis. De acordo com Rogers (1997), a PSC apresenta vulnerabilidade acentuada, intensificada pela redução de recursos pessoais decorrente da doença aguda e pelo próprio contexto.

Em contextos de cuidados complexos, como o associado à PSC, McKinley et al. (2002) referem que a vulnerabilidade decorre da extrema dependência e incapacidade de satisfazer necessidades básicas, exigindo resposta da equipa de saúde. A PSC enfrenta incerteza e insegurança, com intensificação de medo e ansiedade, agravadas pela necessidade de informação orientadora, dificuldades de comunicação e preocupações com a possibilidade de morrer.

Neste cenário, a deteção precoce de alterações cognitivas e comportamentais assume relevância clínica, porque o delirium tende a emergir precisamente quando a vulnerabilidade se intensifica e os recursos (internos e externos) se tornam insuficientes para “absorver” o impacto do

ambiente e da doença aguda. Cuidar da PSC vulnerável é um processo complexo, sustentado num referencial que vai além dos comportamentos observáveis; é essencial presença efetiva e relacional para transmitir segurança.

A teoria de Rogers oferece, por isso, um quadro particularmente útil para compreender o delirium na PSC, porque permite ligar, de forma explícita, o que torna o doente vulnerável ao modo como essa vulnerabilidade se pode traduzir em alterações agudas do estado mental.

Aplicado à PSC, este modelo ajuda a perceber porque o delirium tende a surgir e a agravar-se na doença aguda e em ambientes com alta componente tecnológica: quando a agressão clínica aumenta e, em simultâneo, os recursos (internos e externos) se tornam insuficientes para amortecer esse impacto, o equilíbrio adaptativo do doente fragiliza-se e o limiar para descompensação cognitiva baixa.

Neste sentido, o delirium pode ser entendido como um desfecho que emerge quando a vulnerabilidade ultrapassa a capacidade de adaptação da pessoa ao contexto. A vulnerabilidade, ao gerar stress e ansiedade, tem repercussões fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem amplificar instabilidade e comprometer atenção, orientação e regulação comportamental, explicando a sua frequência e onerosidade clínica na PSC. De forma operacional, como anteriormente referido, o modelo organiza a vulnerabilidade em três dimensões interdependentes: fatores pessoais (p. ex., idade, comorbilidades, menor reserva cognitiva), condições ambientais/recursos externos (p. ex., apoio familiar, políticas institucionais, carga sensorial) e riscos situacionais/exposições (p. ex., procedimentos, iatrogenia, instabilidade clínica, sedação/dor mal controladas). A interação entre estas dimensões pode deslocar rapidamente o limiar para síndromes agudas como o delirium, evidenciando a necessidade de vigilância e intervenção precoce no cuidado à PSC.

Esta leitura clarifica também vias de prevenção, ao orientar a prática para uma avaliação sistemática do perfil de vulnerabilidade e para intervenções dirigidas aos componentes modificáveis. No domínio das características pessoais, incluem-se fatores predisponentes que reduzem a reserva cognitiva e fisiológica e favorecem alterações inflamatórias/metabólicas, exigindo menor “dose” de agressão para precipitar delirium. Embora sejam pouco ou nada modificáveis, o seu reconhecimento precoce permite ao EEPSC ajustar o plano de cuidados: reforçar a vigilância com escalas validadas (p. ex., *CAM-ICU*), promover sedação tão ligeira quanto possível, assegurar titulação rigorosa da analgesia e antecipar estratégias de orientação e comunicação terapêutica.

Quanto aos recursos externos e ao ambiente, estes podem funcionar como proteção ou como amplificação do risco: presença e participação da família, continuidade da informação, políticas institucionais e controlo de estímulos como ruído e luz. Reforçar estes recursos, como por exemplo,

facilitar contacto com familiares, favorecer comunicação consistente e ajustar o ambiente para promover sono e orientação, contribui para reduzir a probabilidade de descompensação cognitiva. Nesta perspetiva, a gestão é pragmática: minimizar carga iatrogénica e exposições desnecessárias e estruturar intervenções não farmacológicas tende a reduzir a ocorrência, a duração e a gravidade do delirium, bem como a carga associada a pior prognóstico. Assim, o cruzamento entre vulnerabilidade e delirium reorienta a prática para identificar sistematicamente vulnerabilidades e atuar precocemente nos componentes modificáveis, articulando essa avaliação com o rastreio sistemático através de instrumentos robustos e com planos de atuação definidos atempadamente.

Neste sentido, a conceptualização de Rogers, ao explicitar a interação entre características pessoais, recursos externos e exposição a riscos, não se limita a descrever um estado de suscetibilidade associado à doença crítica e ao delirium, antes enquadra a vulnerabilidade como uma realidade relacional e dinâmica que atravessa toda a experiência de cuidar. É um aspeto permanente no ser humano e, por isso, reconhecer a vulnerabilidade mútua preserva o valor de cuidar. Assim, a teoria da vulnerabilidade orienta cuidados personalizados e humanos, respeitando a dignidade e promovendo o bem-estar da pessoa e dos seus familiares, o que se torna particularmente indispensável na gestão do delirium.

2 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante este percurso académico, foi nosso objetivo adquirir e aprofundar as competências indispensáveis à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Este processo formativo incluiu a realização dos estágios, etapa em que articulámos os conhecimentos adquiridos na componente teórica com a prática clínica, aplicando-os de forma integrada em contexto real de cuidados.

Neste capítulo, apresentamos uma análise crítica e reflexiva das intervenções desenvolvidas em estágio, procurando evidenciar de que modo esta experiência contribuiu para a aquisição e consolidação das competências referidas.

Antes dessa análise, procede-se à caracterização do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e da Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM), explicitando a escolha destes contextos de estágio pela sua relevância clínica e formativa, bem como pelo seu contributo para o desenvolvimento das competências de especialista e para o aprofundamento dos conhecimentos sobre intervenções de enfermagem especializada na deteção precoce do delirium na pessoa em situação crítica.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, no n.º 1 do artigo 15.º (capítulo III, título II), o grau de Mestre é atribuído ao estudante que demonstre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016):

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p. 3174)

As competências a desenvolver para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, estão descritas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019), que define as competências comuns do Enfermeiro Especialista, e no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018), que enquadra as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

Para reforçar a clareza do raciocínio, optou-se por articular, numa mesma análise, as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências inerentes ao grau de Mestre, reconhecendo a sua natureza complementar e a forma como se inter-relacionam. Assim, nos pontos apresentados mais adiante, as competências de Mestre são apresentadas em paralelo com os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista a que se associam, permitindo uma leitura sequencial, integrada e coerente.

2.1 - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

2.1.1. – Serviço de Medicina Intensiva

O Serviço de Medicina Intensiva desta Unidade Local de Saúde (ULS) é uma unidade polivalente de nível III, cuja missão centra-se na gestão do doente crítico, com foco na pessoa, humanização, equidade, ética, atualização científica contínua e melhoria da qualidade (eficácia, eficiência e segurança), dos cuidados prestados.

O SMI integra três unidades funcionais: (1) SMI do 1.º piso, unidade principal com direção/coordenação e maior volume de internamentos; (2) SMI do 3.º piso e (3) Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), destinada a responder a situações urgentes de deterioração clínica noutras áreas do hospital. Globalmente, o serviço dispõe de 11 camas, incluindo duas de isolamento com possibilidade de pressão negativa (isolamento por via aérea) ou pressão positiva (isolamento de proteção). O SMI do 1.º piso, onde realizámos o estágio, integra uma área assistencial com sete unidades (cinco em *open space* e duas de isolamento) e várias áreas de apoio.

As unidades de internamento estão padronizadas para vigilância e intervenção contínuas, com cama articulada e materiais de prevenção de lesões cutâneas, ventiladores com modos invasivos e não

invasivos, monitores multiparamétricos, bombas e seringas perfusoras, bombas de nutrição entérica, aspiração, etc. Existe também equipamento móvel especializado, mobilizado conforme o plano terapêutico, como: monitorização hemodinâmica avançada por contorno do pulso e débito cardíaco (*Pulse Contour Cardiac Output - PiCCO*), sistemas de compressão venosa intermitente, ecógrafo portátil, carro de emergência com desfibrilhador e *pacemaker* transcutâneo, aparelho para técnicas de substituição renal contínua com capacidade de aquecimento/arrefecimento e monitorização do índice biespectral (BIS). A medicação funciona em sistema de unidose e é dispensada por máquina (*Supply Point Systems®*) com autenticação; existe ainda armazenamento complementar de fármacos e material de penso e áreas dedicadas à preparação terapêutica.

O serviço utiliza registo informatizado, o sistema *Patient Care – Intensive Care Unit (B Simple®)*, ajustado a cuidados intensivos, com interoperabilidade e integração de dados de monitores, ventiladores, bombas de perfusão e resultados laboratoriais. Os planos de cuidados estão de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a passagem de turno segue a metodologia Identificação, Situação atual, *Background*, Avaliação e Recomendações (ISBAR), em alinhamento com a Norma Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 001/2017.

A equipa de enfermagem é constituída por 60 enfermeiros, dos quais 7 são especialistas EMC PSC e 7 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Encontra-se organizada em equipas rotativas, sendo cada turno coordenado por um chefe de equipa, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC PSC).

Em situação de lotação total, cada turno integra sete enfermeiros na prestação de cuidados e um enfermeiro alocado à EEMI, assegurando um rácio máximo de 1:2, ajustado de acordo com o *Nursing Activity Score (NAS)* e com a avaliação do chefe de equipa.

O SMI apresenta um perfil polivalente com casuística predominante de insuficiência respiratória (com ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva ou oxigenoterapia de alto fluxo), insuficiência cardíaca e síndrome coronário agudo, insuficiência renal aguda com necessidade de técnicas de substituição renal, pós-operatório de risco e politrauma.

Após a alta, o SMI assegura um programa estruturado de consultas de *follow-up*, diferenciado conforme o destino do doente: para doentes transferidos para outros serviços, realiza-se avaliação ao 3.º, 6.º e 9.º dia; para doentes com alta para o domicílio, o seguimento ocorre aos 3, 6 e 9 meses. Estas consultas incluem discussão multidisciplinar, realização de exames e avaliação padronizada com escalas, nomeadamente a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* e a Escala de Impacto do Evento, Revista. (IES-R). As visitas realizam-se duas vezes por dia, sendo permitida a entrada a três pessoas significativas, no total.

2.1.2. – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

A Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM), integrada no Serviço de Medicina Interna desta Unidade Local de Saúde (ULS), constitui uma unidade funcional autónoma destinada ao internamento de doentes com instabilidade fisiológica moderada a severa, que necessitam de monitorização contínua e suporte técnico diferenciado, mas sem necessidade de ventilação mecânica invasiva. Funciona como unidade de transição (*step down*), acolhendo também pessoas que exigem maior vigilância e terapêuticas mais complexas do que as disponíveis nas enfermarias. Este modelo contribui para a otimização de recursos e para a redução da demora média nos SMI, mantendo a qualidade assistencial e a satisfação do doente e da família.

A UCIM possui ligação direta ao Serviço de Medicina Interna e acesso ao exterior. Dispõe de sete unidades de internamento, uma das quais destinada a isolamento de contacto, e integra áreas de apoio, incluindo zona de trabalho médico e de enfermagem, sala de visitas, zona de banho assistido, áreas de sujos e limpos, e espaços de armazenamento de material, equipamento, medicamentos e roupas.

Cada unidade de internamento está equipada com rampa de gases e vácuo, cama articulada com colchão antiescaras, monitor com capacidade para monitorização invasiva e não invasiva da pressão arterial, ventiladores para suporte ventilatório não invasivo (Stellar e V60), quatro seringas infusoras, mesa de apoio e cadeirão. Como equipamento comum e de suporte à prestação de cuidados, destaca-se ainda a existência de carro de emergência com desfibrilhador e laringoscópio, ventilador portátil de transporte, ecógrafo com sondas curva e linear, com capacidade de apoio à inserção de cateter central de inserção periférica (*Peripherally Inserted Central Catheter* — PICC), módulo de capnografia, monitor de transporte, bombas de alimentação entérica e dispositivo de oxigenoterapia nasal de alto fluxo do tipo *AirVo₂*.

Os critérios de admissão, definidos em norma institucional, incluem doentes instáveis provenientes do Serviço de Urgência ou internamento, com disfunção orgânica e risco de falência de funções vitais, que necessitem de vigilância contínua e suporte diferenciado. São elegíveis doentes com patologia cardiovascular (por exemplo, arritmias hemodinamicamente estáveis, insuficiência cardíaca ligeira a moderada, urgência hipertensiva sem disfunção terminal de órgãos), patologia respiratória (por exemplo, início de ventilação não invasiva, fase de desmame ventilatório, vigilância

apertada em patologia pulmonar hipoxemiante, técnicas torácicas invasivas), patologia neurológica selecionada, intoxicações com necessidade de vigilância neurológica/pulmonar/cardíaca, hemorragia digestiva alta, falência hepática aguda, situações endócrinas como cetoacidose diabética sob perfusão de insulina endovenosa, estado hiperosmolar após resolução do coma, tirotoxicose e mixedema, etc.. Inclui ainda sépsis sem choque, insuficiência renal aguda sob terapêutica dialítica apenas intermitente, alterações hidroeletrólíticas relevantes, delirium e doentes transferidos do SMI após estabilização, no contexto de unidade de transição.

Estão excluídos doentes sob ventilação mecânica invasiva, enfarte agudo do miocárdio complicado, acidente vascular cerebral agudo, estado epilético e outras lesões neurológicas graves, traumatismo crânio-encefálico isolado, cuidados paliativos exclusivos e patologia cirúrgica.

A equipa de enfermagem pertence formalmente ao Serviço de Medicina Interna, mas com escala própria da UCIM e atividade não partilhada com a Enfermaria. É composta por 15 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, sendo três destes enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica. Nas manhãs dos dias úteis, existe ainda um enfermeiro especialista em Reabilitação, com funções adicionais de apoio à gestão.

O processo clínico é informatizado na plataforma SClínico®. As visitas são limitadas a familiares diretos em horários definidos, com duração de 30 minutos por pessoa e apenas uma visita por doente. A informação clínica aos familiares é prestada pela equipa médica em horário estipulado e é entregue um folheto explicativo sobre organização e características da Unidade.

2.2. - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Domínio A: responsabilidade profissional, ética e legal

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

C - Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

A base orientadora desta competência assentou no reconhecimento da pessoa como um ser humano integral, com direitos legalmente protegidos e necessidades que ultrapassam o plano biomédico. Assim, procurámos desenvolver uma prática centrada na dignidade, na individualidade e no bem-estar, assegurando que a complexidade clínica e o ritmo exigente dos contextos críticos não comprometiam princípios como o dever de informar, o respeito pela intimidade, a confidencialidade, a humanização do cuidado e a atenção à PSC e à sua família/pessoa significativa.

A prestação de cuidados em contexto crítico exige, a referência permanente aos documentos estruturantes do exercício profissional, incluindo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e o Código Deontológico do Enfermeiro, uma vez que é nesse enquadramento que se sustentam decisões clínicas, comunicação com a equipa e proteção dos direitos da pessoa.

O Código Deontológico reforça que a enfermagem se apoia na fundamentação científica, mas também numa dimensão ética e moral transversal ao cuidar. Neste percurso, procurámos assumir uma postura profissional informada e responsável, orientando a prática pelo rigor técnico e pelo respeito pela vida e dignidade humanas (OE, 2015). Esta orientação é particularmente relevante na pessoa em situação crítica, frequentemente incapaz de expressar vontade, por impedimentos inerentes à sua condição clínica, nomeadamente ventilação invasiva, sedação ou alterações do estado de consciência, o que exige vigilância ética acrescida prevenindo decisões tomadas por rotina.

Na prática, integrámos de forma consistente os princípios éticos estruturantes — beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça — como matriz de raciocínio para avaliar riscos, ponderar alternativas e justificar intervenções. A beneficência esteve associada à procura de respostas clínicas seguras, atualizadas e ajustadas ao contexto individual. A não-maleficência orientou a ponderação entre ganhos esperados e potenciais danos, sobretudo em decisões relacionadas com intervenções invasivas, conforto, sedação e situações-limite. A autonomia foi operacionalizada pela valorização do consentimento informado sempre que possível e, quando a pessoa não tinha capacidade de decisão, pela procura ativa de informação sobre valores, preferências e diretivas previamente expressas, evitando confundir incapacidade comunicacional com ausência de vontade. A justiça traduziu-se no compromisso de assegurar qualidade de cuidados independentemente da condição socioeconómica, origem cultural ou contexto familiar, reconhecendo a equidade como componente da qualidade na assistência ao outro (Varkey, 2020).

Um eixo central desta competência foi a comunicação ética e legalmente adequada, em particular no cumprimento do dever de informar. Procurámos transmitir informação de forma clara e ajustada, em ambiente tão tranquilo quanto possível, verificando compreensão e mantendo disponibilidade para esclarecer dúvidas. A informação foi encarada como instrumento de autonomia

e segurança, respeitando o direito da pessoa a conhecer a sua situação clínica, os procedimentos propostos e as alternativas possíveis, sempre que a condição clínica o permitia (OE, 2015). Este aspeto assume especial relevância em situações de delirium ou risco de delirium, onde a compreensão pode oscilar e a comunicação deve ser adaptada, repetida e validada.

Complementarmente, procurámos integrar práticas de humanização de forma operacional, incluindo gestos simples, tais como perguntar como a pessoa prefere ser tratada, por reforçarem identidade, orientação e dignidade, com impacto na experiência da pessoa e, frequentemente, na gestão de agitação e desorientação.

A diversidade cultural e religiosa foi igualmente considerada como dimensão ética do cuidar. Procurámos respeitar crenças, valores e preferências, integrando-as na relação terapêutica e na negociação de cuidados, sem reduzir a pessoa ao diagnóstico ou ao aumento do risco clínico.

Um exemplo marcante foi o cuidado prestado a uma pessoa internada por vasculite grave, com hemoptises abundantes com evolução para choque hipovolémico e exaustão respiratória, que enquanto Testemunha de Jeová, recusava transfusão sanguínea. Esta situação evidenciou a tensão entre a necessidade clínica de uma intervenção potencialmente decisiva e o dever ético de respeitar escolhas fundamentadas por convicções religiosas. O desafio aumentou quando a evolução clínica implicou ventilação invasiva e deterioração do estado de consciência, limitando a expressão de vontade em tempo real. Neste cenário, foi essencial assegurar que a decisão previamente expressa tinha sido tomada com informação adequada, se mantinha válida face ao agravamento e continuava a refletir a autodeterminação da pessoa. A equipa procurou, dentro do clinicamente viável e eticamente aceitável, alternativas terapêuticas compatíveis com as opções da pessoa, integrando outros hemoderivados previamente aceites, permitindo sustentar uma intervenção orientada para o benefício sem violar a autonomia.

Esta vivência reforçou-nos que a prática ética exige método, prudência, registo e comunicação clara, e que não deve assentar em pressupostos, mesmo perante diretivas ou decisões antecipadas. Sempre que o estado clínico se altera de forma significativa, o processo de informação deve ser reavaliado, evitando transformar a urgência clínica em pressão indevida. O consentimento, incluindo a recusa, só cumpre a sua finalidade quando é livre e esclarecido, e quando a equipa consegue demonstrar que respeitou a autodeterminação da pessoa e atuou de forma coerente com os seus direitos e com a deontologia profissional (Deodato, 2014; OE, 2015). Esta experiência evidenciou ainda que os dilemas éticos exigem maturidade moral, capacidade de análise, discussão em equipa e compromisso contínuo com o aperfeiçoamento do julgamento clínico e ético, tudo características que foram treinadas durante este percurso.

Ao longo dos estágios, tornou-se igualmente claro que a responsabilidade ética e legal do enfermeiro especialista se manifesta de forma particular quando a pessoa está incapaz de comunicar. Em muitos casos, sobretudo em PSC sob ventilação invasiva e sedação, a relação terapêutica tem de ser construída apesar do silêncio. Esta adaptação não é apenas uma técnica de comunicação; é uma forma de garantir dignidade e respeito pelos direitos da pessoa, reduzindo a desumanização e reforçando uma prática humanizada e segura. Em situações de delirium, esta abordagem ganha relevância acrescida, porque a preservação da orientação, do conforto e da identidade pode influenciar diretamente a evolução clínica e a experiência subjetiva da pessoa.

Em síntese, consideramos ter adquirido as competências do Domínio A (Responsabilidade profissional, ética e legal), porque integramos referenciais legais e deontológicos na prática quotidiana, assumimos uma postura sistemática de respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa e desenvolvemos capacidade de análise e atuação perante dilemas éticos reais em contextos de elevada complexidade clínica. Esta aquisição foi sustentada numa prática orientada por princípios éticos fundamentais, por comunicação clara e responsável, pela proteção da confidencialidade e intimidade, pela atenção às dimensões cultural e espiritual e pela humanização do cuidado, mesmo quando a pessoa não comunica e quando o contexto exige decisões rápidas. Neste percurso, a responsabilidade profissional consolidou-se como competência efetiva, orientada para o rigor, a humanidade e a coerência ética, em benefício da pessoa e da sua família.

No que concerne à competência de mestre, esta foi concretizada pela forma como integramos, de modo sistemático, conhecimento científico, enquadramento legal e princípios deontológicos para responder a situações clínicas complexas, em que a informação disponível era limitada, incompleta ou rapidamente variável. Em contexto de pessoa em situação crítica, várias decisões tiveram de ser tomadas com incerteza clínica, incapacidade de comunicação e necessidade de intervenção imediata. Nesses cenários, não se recorreu a decisões por rotina. Procedeu-se à análise estruturada do problema, à identificação de riscos e alternativas e à emissão de juízos clínicos fundamentados, com registo e comunicação claros. A situação de recusa de transfusão por convicção religiosa exemplificou este processo. Em paralelo, refletiu-se sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais das decisões, incluindo o impacto na dignidade, nos direitos, na família e na confiança da equipa e da instituição. Assim, demonstrou-se capacidade para integrar conhecimentos, lidar com complexidade real e desenvolver soluções clinicamente viáveis e eticamente sustentadas, mesmo quando a informação era insuficiente ou condicionada pelo contexto.

Domínio B: Melhoria Contínua da Qualidade

COMPETÊNCIAS DE MESTRE:

D - Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

O papel do enfermeiro na melhoria contínua da qualidade encontra-se expressamente sustentado nos Estatutos da OE, designadamente no Código Deontológico, que estabelece a exigência de uma prática orientada pela excelência. O artigo 109.º estabelece que, em cada intervenção profissional, existe o dever de avaliar de forma regular o trabalho desenvolvido, identificar limitações e implementar ajustamentos sempre que necessário, numa lógica de autorregulação e melhoria contínua. (OE, 2015). Deste modo, a qualidade não se restringe ao cumprimento formal de normas; implica a capacidade de ajustar padrões e critérios às necessidades concretas de cada pessoa, sustentada por aprendizagem contínua, atualização científica e utilização competente da tecnologia, sem perder a dimensão humana do cuidado. (OE, 2015).

A OE sublinha que a qualidade em saúde constitui um objetivo partilhado, construído em equipa e no contexto das instituições; contudo, essa meta exige a integração do contributo específico da enfermagem, que deve ser reconhecido como elemento estruturante dos processos de melhoria (OE, 2001).

Neste enquadramento, a tomada de decisão clínica assume um papel central, permitindo identificar necessidades de cuidados ao nível do indivíduo, da família e da comunidade, e selecionar intervenções adequadas. Uma vez identificado o problema, compete-nos implementar respostas orientadas para a prevenção e resolução: reduzir riscos, antecipar complicações, detetar precocemente alterações e atuar sobre problemas reais, assegurando continuidade e coerência no plano terapêutico. As intervenções de enfermagem, enquanto referenciais de boas práticas sustentadas na evidência, apoiam a melhoria contínua ao organizarem a ação, reduzirem variabilidade e promoverem consistência assistencial (OE, 2001). Deste modo, a mobilização integrada de conhecimentos e competências traduz-se em ganhos concretos de qualidade nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Importa ainda sublinhar que qualidade e segurança são dimensões indissociáveis. A implementação de práticas seguras melhora a experiência da pessoa internada e reduz complicações associadas ao internamento. Estes ganhos refletem-se em benefícios clínicos e humanos e numa utilização mais eficiente dos recursos, ao diminuir eventos adversos evitáveis e ao reforçar a sustentabilidade organizacional.

Neste contexto, durante o estágio no SMI foi identificada a necessidade de uniformizar procedimentos na prevenção, deteção precoce e abordagem do delirium, por se tratar de uma complicação frequente e associada a piores desfechos clínicos, com impacto na duração do internamento, no tempo de ventilação mecânica e na morbimortalidade. A resposta organizacional traduziu-se na criação de um grupo de trabalho multidisciplinar (médicos e enfermeiros), no qual participámos, culminando na elaboração da Norma de Orientação Clínica “Prevenção e Tratamento de Delirium no Serviço de Medicina Intensiva” ([Apêndice VI](#)). Esta norma formaliza um racional de governação clínica ao integrar avaliação de risco (PreDeliric), rastreio diário estruturado (CAM-ICU), verificação sistemática de um *bundle* de cuidados (ABCDEF) e registo padronizado em sistema informático, com monitorização através de auditoria regular.

A norma aplica-se a todos os doentes com internamento superior a 24 horas no SMI, determinando: (i) aplicação da PreDeliric nas primeiras 24 horas pela equipa médica, com registo no sistema; (ii) aplicação do CAM-ICU pela equipa de enfermagem uma vez por dia, aumentando para uma vez por turno quando existe CAM-ICU positivo ou alteração do nível de consciência; (iii) verificação diária do *bundle* ABCDEF (idealmente no final do turno da tarde); (iv) registo das medidas instituídas (farmacológicas e não farmacológicas); (v) registo do delirium como complicação do internamento; e (vi) inclusão, na nota de alta, da ocorrência/duração de delirium e dos dias de ventilação e internamento.

A norma prevê auditorias semestrais, suportadas por grelha própria, com indicadores de conformidade que permitem transformar um problema clínico num processo mensurável e passível de melhoria. Este desenho, com revisão temporal prevista e validação pela gestão do serviço, traduz um modelo de melhoria contínua baseado em padronização, indicadores e responsabilização partilhada.

Paralelamente, com o objetivo de reforçar a divulgação interna e apoiar a mudança de práticas, elaborámos um póster sobre a escala CAM-ICU (Apêndice X), centrado na pertinência clínica do rastreio e na sua aplicação passo a passo, visando uniformizar procedimentos e aumentar a consistência da monitorização. A sua elaboração revelou-se particularmente pertinente por estar alinhada com o instrumento de deteção do delirium previsto na norma do SMI e por reforçar a ideia de que cada avaliação corresponde a um “momento” do estado mental; por isso, só a aplicação sistemática ao longo do tempo permite detetar precocemente alterações e desencadear intervenções atempadas.

Na UCIM, a melhoria contínua foi operacionalizada através da conceção de um projeto estruturado de melhoria de qualidade: “Projeto de Deteção e Prevenção do Delirium na Unidade de

Cuidados Intermédios de Medicina” ([Apêndice I](#)). A pertinência do projeto foi sustentada por uma avaliação estruturada do contexto (incluindo SWOT) e pela auscultação da equipa através de questionário. Os resultados evidenciaram que, apesar do reconhecimento unânime da importância do delirium, prevalecia a perceção de ausência de abordagem sistematizada, utilização irregular de instrumentos validados e insuficiente confiança na resposta estruturada.

Com base neste diagnóstico, o projeto foi delineado com o objetivo geral de reduzir prevalência e duração do delirium, operacionalizado em objetivos específicos sequenciais: (i) constituir grupo de trabalho; (ii) capacitar equipa; (iii) determinar incidência e prevalência basais; (iv) implementar *bundle* não farmacológico; (v) uniformizar abordagem farmacológica; (vi) reavaliar indicadores pós-intervenção; e (vii) garantir sustentabilidade da intervenção.

A robustez do projeto, no âmbito do Domínio B, resulta da sua arquitetura de qualidade mensurável: cada objetivo está associado a ações, indicadores e metas (por exemplo, formalização do grupo de trabalho com composição mínima e calendário de reuniões; realização de formações com pré/pós-teste e metas de cobertura; definição de linha de base com registos sistemáticos; monitorização de adesão ao *bundle*; e avaliação comparativa antes/depois, com metas de redução de prevalência/duração). Adicionalmente, o projeto integra um plano explícito de sustentabilidade, prevendo a inclusão do delirium no plano anual de formação e no acolhimento de novos profissionais, bem como revisão periódica de protocolos, reforçando a melhoria contínua como processo institucional e não como intervenção pontual.

Em síntese, a aquisição das competências do Domínio B foi evidenciada por três eixos complementares: (1) participação na construção de resposta institucional (norma clínica no SMI, com indicadores e auditoria), (2) produção de material de suporte à implementação (póster *CAM-ICU*) e (3) conceção de um projeto completo de melhoria contínua na UCIM, com diagnóstico de situação, planeamento por objetivos, indicadores, metas, cronograma e estratégia de sustentabilidade. O projeto foi apresentado à gestão, tendo sido aprovada a sua implementação, cuja continuidade ficou atribuída à Enfermeira Especialista orientadora, em articulação com o elemento de ligação do Grupo de Síndrome Confusional Agudo da ULS; embora não tenha sido possível operacionalizá-lo durante o período de estágio, prevê-se acompanhamento e recolha de feedback numa fase subsequente. Estes elementos demonstram capacidade de integrar iniciativas de governação clínica e de transformar um problema transversal (delirium) num processo padronizado, seguro e monitorizável, reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e o desempenho da equipa.

No que concerne à competência de mestre, esta foi concretizada pela capacidade de comunicar conclusões e raciocínios de forma clara, objetiva e sem ambiguidades, ajustando a

mensagem ao público-alvo e ao contexto institucional. A participação na elaboração da Norma de Orientação Clínica no SMI exigiu traduzir evidência e decisões técnicas em orientações operacionais compreensíveis para profissionais com diferentes níveis de experiência, garantindo critérios de aplicação, periodicidade, responsabilidades e indicadores de auditoria. O *poster* sobre a CAM-ICU reforçou esta competência ao sintetizar informação complexa num formato pedagógico, facilitando a compreensão e reduzindo a variabilidade na aplicação do instrumento. Na UCIM, a construção do projeto estruturado implicou comunicar, de forma acessível, o diagnóstico de situação, os objetivos, as metas e os indicadores, tornando o delirium um problema mensurável e passível de melhoria contínua. Em conjunto, estas conceções demonstraram capacidade para expor conclusões e fundamentação de modo rigoroso, transparente e utilizável, tanto por especialistas como por não especialistas, promovendo alinhamento da equipa e sustentando mudança clínica.

Domínio C: Gestão de Cuidados

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

B - Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão de cuidados num contexto de elevada complexidade e exigência organizacional, acompanhámos a Enfermeira gestora do SMI durante alguns turnos, mediante disponibilidade, o que nos permitiu compreender de forma concreta a articulação entre gestão clínica, gestão operacional e liderança quotidiana.

Ao observar as determinações estruturantes do serviço, tornou-se evidente que a otimização da resposta se inicia na passagem de turno, com uma visão global da unidade e das necessidades clínicas, organizacionais e de segurança. Após a avaliação da complexidade dos doentes internados, procede-se à sua distribuição pelos enfermeiros responsáveis, assegurando a adequação entre as necessidades da pessoa em situação crítica e as competências/experiência da equipa. Esta lógica mantém-se nos turnos seguintes, sendo a coordenação assegurada pelo chefe de equipa, habitualmente um enfermeiro com maior experiência e diferenciação. Esta dinâmica evidenciou que a gestão dos cuidados vai além da elaboração de escalas: implica decisões clínicas e organizacionais que garantem segurança, qualidade e continuidade, com a alocação adequada de profissionais, em função do momento e da complexidade do doente.

Durante esse acompanhamento, observámos também procedimentos essenciais de gestão de recursos materiais, nomeadamente reposição de níveis de *stock*, identificação de consumos críticos e pedidos adicionais em função de necessidades previstas, com particular atenção aos períodos não úteis, em que a previsibilidade logística é determinante. Esta dimensão reforçou a importância do planeamento na prevenção de ruturas de materiais clínicos e não clínicos e na minimização de riscos, evidenciando que a qualidade do cuidado depende de processos de suporte pouco visíveis, mas estruturantes. Em paralelo, observámos a gestão de recursos humanos, incluindo validação de trocas de turno, verificação de registos de assiduidade e contributos para elaboração e ajuste de horários. A observação destas atividades permitiu-nos compreender como a gestão de pessoas, quando orientada com equidade e transparência, contribui para a estabilidade das equipas.

Para além do contacto com a gestão formal, a aprendizagem foi reforçada pela observação direta de funções de chefia de equipa desempenhadas pelas enfermeiras orientadoras em vários momentos do percurso. A chefia de turno no SMI revelou-se uma função altamente diferenciada, centrada na organização do turno e na distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais de acordo com as necessidades identificadas, recorrendo a instrumentos de apoio à decisão como a escala NAS – *Nursing Activities Score*, com o objetivo de adequar carga de trabalho, complexidade clínica e diferenciação da equipa. Este processo promove simultaneamente qualidade e segurança, ao ajustar competências e recursos à realidade de cada doente e do serviço. Durante o turno, é também definido o elemento para a EEMI, assegurando resposta a necessidades noutras áreas da instituição sem comprometer a dinâmica do SMI, o que exige coordenação, flexibilidade e articulação com diferentes equipas e serviços.

A chefia de equipa assume ainda um papel relevante na gestão de conflitos, na articulação multidisciplinar, no planeamento de exames complementares de diagnóstico e transferências e na organização global do serviço. Sempre que possível, colaborámos ativamente nestas funções, apoiando, substituindo pontualmente ou operacionalizando componentes delegadas, o que contribuiu para desenvolver entendimento prático sobre liderança situacional e gestão de cuidados em tempo real.

Na UCIM, observámos uma lógica de gestão alinhada com a do SMI, mas operacionalizada de forma distinta, em função do contexto e dos recursos disponíveis. A presença da enfermeira gestora não é, habitualmente, assegurada na passagem de turno; em alternativa, existe um enfermeiro com funções acrescidas em gestão, especialista em Enfermagem de Reabilitação e afeto à UCIM, que assegura a articulação com a enfermeira gestora do Serviço de Medicina Interna. Este enfermeiro garante o suporte organizacional diário, articulando necessidades, priorizando recursos e apoiando a

coordenação do turno, podendo igualmente prestar cuidados diretos ao doente, quando necessário. Esta realidade permitiu-nos consolidar que a gestão não é estanque nem dependente de um único modelo: os princípios mantêm-se (qualidade, segurança e organização), mas a forma de os concretizar varia entre serviços, exigindo leitura situacional e adaptação das estratégias de coordenação e suporte à equipa.

Ao longo dos estágios, procurámos contribuir para a gestão do cuidado através de uma liderança de proximidade, adequada ao facto de não se tratarem dos nossos serviços de origem. A nossa intervenção assumiu sobretudo a forma de liderança clínica não formal, através de sugestão fundamentada de boas práticas, colocação de questões pertinentes e criação de momentos de reflexão e discussão em equipa, com o objetivo de promover pensamento crítico e melhoria contínua. Em várias ocasiões, partilhámos evidência científica relacionada com áreas relevantes para o doente crítico, nomeadamente na área do delirium e de Suporte Avançado de Vida por sermos instrutores, com vista a apoiar decisões e reduzir variabilidade de práticas. Esta postura procurou influenciar de forma colaborativa, respeitando o contexto e a equipa, e promovendo uma cultura de segurança, aprendizagem e qualidade.

De igual modo, a prática profissional desenvolvida ao longo de vários anos, em contextos sempre associados à PSC, (num Serviço de Urgência em Inglaterra e atualmente num serviço de urgência polivalente), onde em virtude da experiência adquirida, assumimos funções de gestão de uma equipa, contribuiu paralelamente para a consolidação destas competências. A responsabilidade pela organização do turno, alocação de recursos, priorização de necessidades, articulação com a equipa multidisciplinar e gestão de imprevistos aproxima-se, em essência, do que observámos no SMI e na UCIM. Esta continuidade permitiu-nos reconhecer que a gestão dos cuidados se desenvolve por prática deliberada: observação de modelos eficazes, reflexão crítica e transferência consciente para diferentes contextos.

A unidade curricular de Gestão em Saúde, lecionada ao longo do mestrado, constituiu igualmente uma base estruturante, ao reforçar conceitos de organização, qualidade, ambientes favoráveis à prática e governação clínica. A compreensão de que a excelência assistencial exige não apenas competência individual, mas também condições organizacionais e liderança que suportem boas práticas, permitiu enquadrar a experiência observada num modelo mais amplo de gestão orientada para resultados e para a segurança da pessoa. Neste sentido, a noção de “ambiente favorável à prática” assumiu valor operacional: quando a gestão assegura recursos adequados, canais de comunicação eficazes, clarificação de funções e cultura de suporte, a equipa trabalha com maior previsibilidade, reduz riscos e presta melhores cuidados, com impacto na experiência de internamento.

Para aprofundar esta competência, assistimos ao *Webinar* “Desafios da Gestão em Enfermagem” (OE) ([Anexo I](#)), que reforçou a necessidade de refletir sobre o papel do enfermeiro gestor em contextos em transformação e sobre estratégias de liderança sustentadas numa prática eficaz, eticamente responsável e humanizada. Este momento formativo permitiu consolidar a gestão como eixo de qualidade e segurança, reconhecer a liderança como ferramenta essencial, identificar desafios atuais e refletir sobre práticas promotoras de desenvolvimento profissional, bem-estar e motivação, dimensões observadas de forma concreta no SMI e na UCIM e determinantes para a sustentabilidade dos cuidados.

Em síntese, consideramos ter adquirido as competências do Domínio C (Gestão dos Cuidados), porque integrámos, em contexto real, a organização do trabalho, a alocação e gestão de recursos humanos e materiais, a articulação multidisciplinar, a gestão de vagas e o planeamento de cuidados, adaptando a nossa intervenção à realidade do SMI e da UCIM. Para além da observação e participação em funções de gestão, experienciámos uma liderança clínica ajustada ao contexto, promovendo reflexão, qualidade e segurança com base em evidência e numa postura colaborativa. Esta experiência sustenta igualmente a competência de Mestre relativa a saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, uma vez que a integração em dinâmicas de gestão em serviços que não constituíam o nosso contexto de origem exigiu adaptação rápida a modelos organizacionais distintos, priorização e tomada de decisão em tempo real, bem como articulação com diferentes profissionais e serviços. Assim, a integração entre experiência prática, formação teórica e atualização contínua consolidou a mobilização competente do saber para responder a necessidades emergentes e contribuir para soluções ajustadas à complexidade do doente crítico e às exigências operacionais de cada unidade.

Domínio D: Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

COMPETÊNCIAS DE MESTRE:

A - Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;***
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação***

E - Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ao longo de quase 21 anos de experiência na área da pessoa em situação crítica, fomos identificando com maior clareza os nossos pontos fortes e as áreas a desenvolver. Este reconhecimento tem orientado o nosso desenvolvimento profissional, permitindo definir prioridades e trabalhar de forma objetiva na melhoria contínua das nossas competências. A procura de atualização e a vontade de evoluir levaram-nos a iniciar o Mestrado, que representou simultaneamente um objetivo e um desafio. Desde o término da licenciatura, temos mantido uma aprendizagem contínua, com o intuito de prestar cuidados de Enfermagem mais qualificados e contribuir para a melhoria das práticas no contexto onde desempenhamos funções.

Consideramos o trabalho em equipa um elemento central na prestação de cuidados. Enquanto membros e responsáveis de uma equipa, procuramos contribuir para o cumprimento dos objetivos e apoiar os colegas sempre que possível, promovendo uma dinâmica de colaboração. Com o aumento da experiência e do conhecimento, torna-se mais fácil transmitir segurança, partilhar estratégias e apoiar a integração de colegas, reforçando a capacidade coletiva de resposta.

Ao longo do nosso percurso profissional, participámos na integração de novos profissionais e acompanhamos estudantes em contexto clínico, o que nos permitiu desenvolver competências de orientação, comunicação e apoio ao desenvolvimento de outros elementos da equipa. O regresso ao papel de estudante, no Mestrado foi igualmente relevante, por nos ter permitido consolidar e aprofundar conhecimentos, identificar necessidades de melhoria e reforçar a confiança na atuação clínica.

Ao longo do mestrado, foram abordados temas particularmente pertinentes para o aprofundamento de conhecimentos na área da PSC, com impacto direto no reforço de competências clínicas, éticas e comunicacionais essenciais à intervenção neste contexto. A articulação entre a componente teórica e a dimensão prática facilitou a compreensão das exigências próprias do cuidado à PSC, sobretudo no que diz respeito à vigilância e monitorização contínuas, à tomada de decisão perante instabilidade clínica e à manutenção de cuidados humanizados em ambientes fortemente tecnológicos. As unidades curriculares teóricas tiveram, por isso, um papel decisivo na consolidação de uma atuação sustentada em evidência científica, incentivando uma prática de enfermagem mais reflexiva, segura e ajustada às exigências dos contextos críticos. Ao longo dos estágios, sentimos uma melhoria progressiva na nossa atuação, resultante do trabalho desenvolvido, da integração gradual na equipa e da adaptação ao funcionamento do serviço. A experiência prévia na área contribuiu para este processo, assim como o acolhimento positivo por parte da equipa desde o início. Verificámos também que a equipa do SMI e da UCIM demonstra forte motivação para a formação contínua. Tal como referido anteriormente, existem vários momentos formativos promovidos pelo

serviço, com elevada adesão. Este contexto foi favorável à escolha e ao desenvolvimento do projeto de intervenção, contribuindo para a sua implementação.

No mesmo sentido, a formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) creditado pela *American Heart Association* (AHA) e o *International Trauma Life Support* (ITLS) ([Anexo II](#) e [Anexo III](#)) assumiram-se como marcos relevantes no nosso percurso formativo, ao potenciarem competências técnicas e de decisão em cenários de elevada urgência e complexidade. Estas experiências consolidaram conhecimentos essenciais para a abordagem à pessoa em situação crítica e reforçaram a importância do raciocínio clínico, do trabalho em equipa e de uma resposta rápida, eficaz e orientada para a segurança. A simulação de cenários clínicos realistas foi particularmente útil na transposição da teoria para a prática, aumentando a confiança e a preparação para a intervenção em contexto de estágio, quer em emergência, quer em cuidados intensivos.

Acreditamos que ensinar não se resume à transmissão de informação; implica orientar o raciocínio do estudante, promover pensamento crítico e consolidar compreensão, favorecendo a internalização de conceitos. Neste sentido, e conscientes de que o conhecimento deve ser partilhado e operacionalizado na prática, realizámos o curso de formadores de SAV da AHA ([Anexo IV](#)) e começámos a lecionar SAV sempre que possível. Paralelamente, ingressámos como formadores de Suporte Básico de Vida (SBV) na ULS onde trabalhamos.

A procura de aprendizagem não se limitou ao percurso formal. Mantivemos uma estratégia deliberada de atualização através de atividades extracurriculares, com contributos complementares para este domínio: o *Webinar* – Paragem Cardiorrespiratória Traumática (Ocean Medical) ([Anexo V](#)) reforçou o raciocínio clínico e a resposta estruturada em trauma; o I e II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem (Cruz Vermelha Portuguesa) ([Anexo XVIII](#) e [Anexo VI](#)) promoveu contacto com discussão académica e partilha interpares; o *webinar* “Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima” (OE) ([Anexo VII](#)) aprofundou a consciência técnico-legal e o papel profissional em contextos sensíveis; o *webinar* “Capacitar o (Im)provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe” (Ocean Medical) ([Anexo VIII](#)) reforçou competências de organização e decisão em ambientes de exceção; o Simpósio Digital “Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos” (Sociedade Portuguesa de Doente Crítico) ([Anexo IX](#)) sustentou a melhoria da segurança e da prática baseada em prevenção; o 1.º *Benchmarking* de formação, simulação e treino de equipas de Enfermagem em doente crítico (Sociedade Portuguesa de Doente Crítico) ([Anexo X](#)) foi particularmente relevante por ter permitido divulgar um *poster* com os resultados da *scoping review*, consolidando a capacidade de traduzir evidência para linguagem operacional ([Apêndice II](#) e [Anexo XI](#));

as Aulas Abertas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) ([Anexo XII](#) e [Anexo XIII](#)) “Cuidado em Momentos Críticos: Respostas Especializadas para Situações de Exceção” e “Desafios à responsabilidade profissional do enfermeiro e a prática de enfermagem avançada” reforçaram a reflexão sobre prática avançada e responsabilidade profissional; o *Workshop* “Catástrofe: Caos em 90 minutos” e a participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025 ([Anexos XVI](#) e [Anexo XIX](#)) ampliaram a atualização técnico-científica e o contacto com boas práticas; o *Webinar* “Catástrofe” (OE) ([Anexo XVII](#)) reforçou também o enquadramento profissional em situações de exceção; o *Workshop* “A comunicação na intervenção centrada na pessoa e família em cuidados críticos” (ESEL) ([Anexo XIV](#)) contribuiu diretamente para a melhoria das nossas competências comunicacionais; e o ICE – *International Congress on Emergency 2026* (APEMERG) ([Anexo XX–](#)) representa, adicionalmente, uma estratégia de atualização e *networking* científico-profissional orientada para emergências. Paralelamente, a realização do curso *All Hazards Disaster Response* (Ocean Medical) ([Anexo XXII](#) – Ainda não disponível pois irá ser realizado nos dias 23 e 24 de maio) traduz um compromisso prospetivo: preparar competências futuras em áreas emergentes e altamente exigentes do exercício profissional.

Durante os estágios, foram produzidas diversas reflexões críticas com base na metodologia do Ciclo de Gibbs (Gibbs, 2013), posteriormente analisadas e debatidas com a enfermeira orientadora, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e uma aprendizagem sustentada na reflexão. No Jornal de Aprendizagem desenvolvido em contexto do SMI, reconhecemos de forma explícita que, apesar da segurança técnica alcançada, existiu um desequilíbrio inicial entre o foco instrumental e a comunicação terapêutica com a pessoa e a família. A reflexão permitiu identificar causas (exigência do contexto, carga cognitiva e adaptação ao serviço) e definir um plano de ação objetivo: integrar microexplicações durante procedimentos; validar sintomas e emoções, incluindo não verbais; instituir pontos regulares de informação breve à família; e utilizar linguagem consistentemente acessível, com autorreflexão contínua para monitorizar a evolução. Este processo reforçou o autoconhecimento e a assertividade, ao transformar uma limitação identificada num compromisso operacional de mudança. No Jornal de Aprendizagem relativo à UCIM, a reflexão incidiu na complexidade da abordagem ao delirium, integrando aspetos clínicos, comunicacionais e organizacionais. O plano de ação incluiu medidas concretas: formação em serviço sobre delirium e aplicação da escala CAM; implementação precoce e sistemática de intervenções não farmacológicas (orientação tempo–espacial, otimização do ciclo sono–vigília, adequação sensorial, aumento de visitas, mobilização precoce, suporte nutricional e gestão da dor); alinhamento terapêutico com protocolos institucionais e prudência face à administração de benzodiazepinas; e utilização de contenção física apenas como último recurso, com

critérios, monitorização, informação e registos robustos. Esta reflexão evidencia capacidade de análise crítica e reorganização da prática com base em segurança, proporcionalidade e evidência, reforçando maturidade clínica e assertividade na tomada de decisão. Deste modo, consideramos que a reflexão nos ajudou a organizar e consolidar os conhecimentos adquiridos, tanto na componente teórica como na prática. Este processo tornou-nos mais atentos e críticos relativamente à nossa intervenção, contribuindo para uma tomada de decisão mais ponderada, consciente e sustentada. Em paralelo, permitiu reconhecer, com maior clareza, quais os aspetos a melhorar e facilitar a adaptação a diferentes contextos.

Por fim, a realização da *scoping review* (Apêndice III), centrada no mapeamento das escalas mais utilizadas na deteção do delirium na pessoa em situação crítica em Serviços de Medicina Intensiva constituiu um contributo determinante para o desenvolvimento deste domínio. Este trabalho exigiu análise crítica da literatura e confronto com a nossa prática, evidenciando a variabilidade existente quando a avaliação do delirium depende sobretudo de perceções subjetivas ou de rotinas não sistematizadas. Este exercício promoveu autoconhecimento, ao clarificar pontos a reforçar na nossa atuação, e aumentou a nossa assertividade, ao permitir sustentar decisões e recomendações com base em argumentos técnicos e verificáveis, facilitando uma comunicação mais segura com a equipa.

Em paralelo, esta revisão consolidou de forma inequívoca a nossa *praxis* clínica baseada em evidência científica, ao reforçar a importância de integrar o rastreio do delirium em processos consistentes, mensuráveis e adaptados ao contexto, sustentados na melhor evidência disponível. Assim, a *scoping review* ultrapassou o âmbito académico, funcionando como instrumento de melhoria da prática, ao reforçar uma intervenção mais rigorosa, justificável e alinhada com qualidade e segurança em cuidados intensivos.

Em síntese, consideramos que o percurso descrito demonstra, de forma coerente, a aquisição do Domínio D: pelo autoconhecimento que orienta decisões e ajusta comportamentos, pela assertividade construída com base em *feedback* e intenção deliberada, e pela prática clínica especializada sustentada em evidência, expressa na reflexão estruturada e na produção científica com aplicabilidade real.

No que concerne às competências de Mestre, estas foram concretizadas através da consolidação e aprofundamento de conhecimentos previamente adquiridos, com aplicação direta e desenvolvimento em contexto académico e clínico. Ao longo do Mestrado, reforçamos a compreensão de áreas nucleares na abordagem à pessoa em situação crítica, aprofundando dimensões clínicas, éticas e comunicacionais. A realização da *scoping review*, como anteriormente referido, permitiu

mapear e sistematizar a evidência disponível sobre a temática em estudo, demonstrando capacidade de análise crítica da literatura e de transposição do conhecimento para recomendações operacionais ajustadas à prática. Em paralelo, a experiência de estágio exigiu aplicar conhecimentos e resolver problemas em situações novas e não familiares. Esse exercício ocorreu em contextos alargados e multidisciplinares, com integração progressiva nas equipas do SMI e da UCIM. Mantivemos estratégias de atualização para além do percurso formal, através de formações, workshops e congressos. Esta dinâmica demonstrou aprendizagem ao longo da vida. Foi auto-orientada. Foi sustentada por intenção deliberada de melhoria contínua e por compromisso com prática baseada em evidência.

2.3. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1 – CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Ao longo deste percurso, de forma mais evidente nos estágios no SMI e na UCIM, consolidámos a Competência 1 — “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, ao conseguirmos mobilizar, em simultâneo, raciocínio clínico antecipatório, cuidados técnicos de elevada complexidade, gestão segura de terapêuticas complexas e intervenção relacional/terapêutica com a pessoa e com a família. A principal evolução foi sobretudo ao nível do raciocínio: identificar precocemente sinais de instabilidade, priorizar com método, intervir de forma preventiva e manter o cuidado centrado na pessoa, mesmo em contextos fortemente marcados pela tecnologia e de elevada urgência.

No SMI, o ambiente altamente monitorizado permitiu-nos aprofundar a vigilância contínua orientada para a deteção precoce de alterações respiratórias, hemodinâmicas e neurológicas. Um exemplo foi o cuidado à pessoa com insuficiência respiratória sob ventilação mecânica invasiva (VMI), em que a prevenção de complicações exige consistência e rigor. Neste contexto, assegurámos a permeabilidade da via aérea e executámos intervenções críticas de forma sistemática, incluindo a monitorização regular da pressão do *cuff*, mantendo-a no intervalo recomendado (20–30 cmH₂O) e ajustando-a perante sinais de fuga, alterações de posicionamento e antes de procedimentos como higiene oral ou aspiração, reduzindo riscos de broncoaspiração e lesão traqueal (Franco et al., 2021).

Em paralelo, e no âmbito desta competência, implementámos medidas estruturadas de prevenção de complicações frequentes na pessoa ventilada, com destaque para a pneumonia associada à intubação em períodos superiores a 48 horas, reconhecida como um risco relevante na pessoa em situação crítica (Ministério da Saúde, 2017). Nesse sentido, a nossa intervenção foi orientada pela norma da DGS relativa ao Feixe de Intervenções (*bundle*) para a prevenção da pneumonia associada à intubação, assegurando uma abordagem sistemática e consistente na prática diária (Direção-Geral da Saúde, 2022; Silva et al., 2021). Concretamente, aplicámos de forma regular as intervenções recomendadas, integrando titulação da sedação ao mínimo necessário, elevação da cabeceira, higiene oral programada, realização de provas de ventilação espontânea quando indicado e monitorização/ajuste da pressão do *cuff*. Estas medidas foram acompanhadas de registo sistemático do que foi executado e observado, permitindo monitorizar a adesão, sustentar a continuidade de

cuidados e apoiar a decisão clínica ao longo dos turnos (Direção-Geral da Saúde, 2022; Silva et al., 2021).

Na UCIM, a experiência foi complementar. Embora com um nível de monitorização algo distinto, adequámos a mesma lógica a um contexto com maior variabilidade de doentes e face a diferentes níveis de gravidade.

Prestámos cuidados a pessoas sob ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF), com foco na eficácia terapêutica, conforto, adaptação aos *interfaces* e prevenção de lesão cutânea por pressão, mantendo monitorização de parâmetros respiratórios e reavaliação frequente da resposta clínica. A realização e interpretação de gasometrias, em articulação com a equipa, apoiou o ajuste do suporte ventilatório e do aporte de oxigénio, reforçando a capacidade de resposta rápida e fundamentada à instabilidade respiratória.

A gestão clínica em ambiente crítico exigiu também desenvolvimento na monitorização hemodinâmica e no suporte avançado, através da leitura contínua do monitor e do contacto com dispositivos invasivos. Colaborámos na colocação e vigilância de linhas arteriais e cateteres venosos centrais (CVC) e, no SMI, contactámos com sistemas de monitorização avançada como o *Pulse index Continuous Cardiac Output* (PiCCO), que permitem acompanhar pressão arterial invasiva, débito cardíaco e parâmetros derivados, apoiando a adequação de terapêuticas vasopressoras e/ou inotrópicas.

A interpretação sistemática de traçados de monitorização e de eletrocardiogramas, articulada com o controlo rigoroso do balanço hídrico e a vigilância de marcadores clínicos de perfusão, permitiu-nos consolidar a capacidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica — frequentemente os primeiros indicadores de instabilidade na PSC — e intervir de forma atempada, com prioridade, método e foco na segurança da pessoa em situação crítica.

Esta competência foi também evidente no cuidado à pessoa sob técnicas de substituição renal contínua, em que o enfermeiro tem um papel central na execução e segurança do procedimento. A nossa intervenção integrou preparação do circuito, vigilância de parâmetros do doente e da máquina, substituição do circuito no tempo recomendado e monitorização ativa de potenciais complicações (hemodinâmicas, metabólicas, térmicas e associadas à anticoagulação), com atenção ao acesso vascular e a sinais precoces de disfunção ou infeção (Inácio et al., 2023). Este contexto reforçou a gestão simultânea de múltiplas variáveis, mantendo foco em estabilidade, segurança e eficácia terapêutica.

A aquisição desta competência foi ainda reforçada pela gestão de protocolos terapêuticos complexos, com infusões e esquemas que exigem titulação, monitorização contínua e comunicação

eficaz. Acompanhámos e aplicámos protocolos como os de insulina, amins, sedativos e fármacos com impacto hemodinâmico, reconhecendo precocemente alterações, implementando respostas de enfermagem adequadas e avaliando de forma contínua a eficácia das intervenções.

A monitorização com o Índice Biespectral (BIS) permitiu aprofundar a avaliação do nível de sedação com suporte eletroencefalográfico, ajustando intervenções de forma mais segura e evitando sedação excessiva ou insuficiente (Dias & Oliveira, 2023). Em paralelo, a utilização de escalas como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e a avaliação sistemática do estado de consciência (incluindo Glasgow quando aplicável) reforçaram a integração entre conforto, segurança, avaliação neurológica e risco de complicações.

A gestão da dor e do bem-estar foi uma dimensão exigente e com impacto direto na qualidade do cuidado. Na PSC, a dor nem sempre é verbalizada e exige avaliação por sinais fisiológicos e comportamentais. No SMI, a utilização de escalas como a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) permitiu uma avaliação mais estruturada em pessoas com barreiras de comunicação (Baptista, 2021). Progressivamente, consolidámos a noção de que a gestão da dor não é apenas farmacológica: inclui ambiente, posicionamento, previsibilidade dos cuidados e comunicação ajustada. Esta integração foi particularmente relevante na articulação com delirium, uma vez que dor não controlada, sedação inadequada, privação de sono e fatores ambientais podem agravar sofrimento e alterações cognitivas. Assim, passámos a planear e executar o cuidado de forma mais integrada, articulando a avaliação sistemática da dor com a monitorização do nível de sedação e com intervenções não farmacológicas (p. ex., redução de estímulos noturnos, reorientação, organização de cuidados para promover repouso, conforto e segurança), de modo a reduzir fatores precipitantes e a melhorar a experiência e a adaptação da pessoa ao internamento.

A dimensão relacional foi igualmente central. Em cuidados críticos, comunicação e relação terapêutica influenciam ansiedade, adesão, segurança e prevenção de agitação/confusão. Procurámos comunicar com a pessoa em situação crítica, mesmo perante barreiras (tubo orotraqueal, sedação, fadiga), recorrendo a estratégias simples e eficazes (gestos, validação emocional, apoio à comunicação escrita), adaptando linguagem e objetivos ao estado clínico. O trabalho reflexivo, através de jornais de aprendizagem, com base no Ciclo de Gibbs no SMI e na UCIM, contribuiu para identificar limites, analisar interações e tornar a intervenção mais intencional e centrada na pessoa em situação crítica e na família.

A componente familiar ganhou maior relevância com o contacto com realidades pós-internamento, nomeadamente através de acompanhamento em consulta de *follow-up* da PSC. Esta experiência reforçou que muitas pessoas mantêm limitações físicas, emocionais e memórias

fragmentadas do internamento, com impacto na recuperação e na reintegração, o que sustenta a importância da informação, do planeamento de transições e da prevenção de fenómenos como o síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (SPICI), bem como do acompanhamento estruturado quando disponível (Inoue et al., 2019; Mikkelsen et al., 2020; Rawal et al., 2017). A descrição de memórias incoerentes e lacunas reforçou, de forma concreta, o impacto do delirium e a necessidade de o prevenir, identificar e abordar de modo sistemático.

Neste percurso, a abordagem ao delirium — em particular a sua deteção precoce — funcionou como elemento integrador na consolidação desta competência. Mantivemos reflexão contínua sobre a avaliação e aplicabilidade de escalas, com foco na *CAM-ICU*, e participámos no trabalho de implementação institucional, incluindo o desenvolvimento de materiais formativos (póster sobre a escala e sua respetiva apresentação) ([Apêndice IV](#) e [Apêndice V](#)). Estes processos reforçaram a capacidade de aplicar conhecimento, discutir criticamente e apoiar a integração nos cuidados, de intervenções regulares de deteção precoce e prevenção do delirium, articulando avaliação cognitiva, ambiente, sedoanalgesia, comunicação e envolvimento familiar.

A consolidação desta competência foi também suportada por formação complementar orientada para necessidades concretas. A formação em Síndrome Confusional Agudo (ULS) ([Anexo XV](#)) reforçou reconhecimento de alterações agudas da consciência, diferenciação de apresentações hipoativa/hiperativo, alinhamento de intervenções não farmacológicas como comunicação e reorientação, presentes na norma institucional desta ULS.

De forma transversal, as formações previamente descritas — centradas na resposta à paragem cardiorrespiratória traumática, trauma e politrauma, suporte avançado de vida, simulação e treino deliberado, comunicação com a pessoa e família em cuidados críticos, gestão de recursos, liderança situacional e atuação em emergência/catástrofe, bem como atualização científica em contexto de doente crítico — contribuíram também para consolidar a Competência 1 do EEPSC, ao reforçarem o raciocínio clínico antecipatório, a priorização e a intervenção segura em cenários de elevada complexidade e instabilidade, integrando componentes técnicas e não técnicas (coordenação, comunicação e tomada de decisão) indispensáveis ao cuidado centrado na pessoa e na família.

Em síntese, consideramos ter atingido esta competência porque ao longo deste percurso — em particular durante os estágios no SMI e na UCIM, desenvolvemos a capacidade de responder em tempo útil e de forma integrada à complexidade da PSC e/ou à falência orgânica, conjugando: vigilância e antecipação de instabilidade; execução de cuidados técnicos avançados; gestão e monitorização de terapêuticas complexas; avaliação e otimização de dor, conforto e sedação; comunicação eficaz perante barreiras; relação terapêutica com a pessoa e a família; e suporte em momentos críticos. A

abordagem ao delirium enquanto fenómeno transversal da doença crítica funcionou como elemento integrador, permitindo articular fisiologia, terapêutica, ambiente, comunicação e envolvimento familiar num plano de cuidados coerente, estruturado e centrado na pessoa em situação crítica.

2 – DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

No âmbito da Competência 2 — “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, tal como definida pela OE em Diário da República, procurámos evidenciar uma aquisição progressiva desta competência ao longo do mestrado através de uma abordagem estruturada e orientada para a aplicação prática. Para além do trabalho teórico-prático desenvolvido nas unidades curriculares, realizámos uma análise documental dos instrumentos formais de planeamento e gestão de resposta, existentes na instituição e no serviço, com foco na governação clínica, cadeias de comando e comunicação, mecanismos de ativação, níveis de gravidade e medidas de coordenação interprofissional, incluindo a dimensão legal associada à preservação de vestígios quando existe suspeita de crime.

Analisámos o Plano de Emergência Interno (PEI) da ULS onde realizámos estágio, datado de junho de 2023, que prevê atualização sempre que necessário e análise anual de adequabilidade. O plano organiza a resposta a vários cenários (incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e situações de violência/distúrbio) e define uma estrutura de comando e controlo com papéis e responsabilidades diferenciadas (direção de emergência, coordenação, central telefónica, chefias e equipas de intervenção, evacuação e apoio). Do ponto de vista operacional, clarifica a decisão por níveis de gravidade, distinguindo incidentes controláveis localmente de situações de emergência parcial ou geral, e descreve a sequência funcional da resposta: alarme, alerta, intervenção de forma escalada (1.ª, 2.ª e 3.ª intervenção), apoio logístico e controlo. Esta análise permitiu-nos reforçar que a resposta eficaz exige rapidez, mas também organização, comunicação e uso racional de recursos.

Em complemento, analisámos o Procedimento de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Versão 08, 07/02/2022; revisão prevista para 07/02/2025), o que permitiu compreender, de forma clara, o acionamento institucional em tempo real. O procedimento define a ativação através do número interno 3333, estabelece a Central Telefónica como ponto central de coordenação, prevê a interrupção de comunicações não essenciais e orienta a mobilização de meios internos e externos de

acordo com o tipo de ocorrência. Ao explicitar o que comunicar, a quem comunicar e como desencadear a resposta. Este documento facilita a transformação de informação crítica em ação coordenada, reduzindo ruído, atrasos e duplicação de tarefas.

Ao nível setorial, analisámos o procedimento específico do SMI para atuação em emergência. Este documento permitiu articular o plano institucional com a realidade de um serviço reservado ao internamento de PSC, operacionalizando a resposta para cenários como incêndio, fuga de gás/explosão, sismo e corte total de energia, com impacto direto na continuidade de cuidados intensivos, na gestão de redundâncias técnicas (baterias/UPS, geradores) e na tomada de decisão clínica sob constrangimento. Em paralelo, a consulta de materiais formativos internos sobre plano de catástrofe e relato de incidentes (22 e 29/11/2023) reforçou a compreensão aplicada de evacuação e coordenação, incluindo pontos de reunião, equipas com funções definidas e conhecimento operacional de contactos críticos (emergência interna e emergência médica).

Da análise destes documentos, identificámos um modelo de resposta que exige três capacidades principais ao enfermeiro especialista: (1) planear e conhecer a estrutura e níveis de ativação; (2) coordenar, assegurando comunicação funcional, mobilização adequada de recursos e liderança situacional; e (3) atuar com rigor e responsabilidade, protegendo doentes, equipa e ambiente, incluindo a preservação do local e de vestígios quando exista suspeita de crime.

Em estágio tivemos ainda a oportunidade de acompanhar a saída da EEMI a um serviço de internamento onde colaborámos na entubação endotraqueal, ventilação e estabilização de uma pessoa em exaustão respiratória com subsequente transporte intra-hospitalar para o SMI. Este episódio, para além de nos permitir vivenciar uma situação de exceção em si, proporcionou-nos a oportunidade de refletir, debater e operacionalizar o transporte da pessoa em situação crítica.

Para reforçar esta competência através de treino e atualização, complementámos a análise documental com formação dirigida, centrada na decisão rápida, coordenação, gestão de recursos, triagem multivítimas e resposta a cenários complexos.

De forma integrada, a participação nas formações previamente descritas, centradas na paragem cardiorrespiratória traumática, gestão de recursos em emergência e catástrofe, resposta a incidentes com múltiplas vítimas (*All Hazards Disaster Response*), triagem e fluxos, bem como em algoritmos de ação rápida no trauma e na paragem/peri-paragem (incluindo *International Trauma Course* e SAV/AHA), contribuiu diretamente para consolidar esta competência. Em conjunto, estas aprendizagens reforçaram a capacidade de planear e operacionalizar respostas coordenadas, priorizar

sob pressão, gerir recursos e articular com estruturas internas e externas, integrando ainda enquadramento nacional/organizacional e aspetos específicos como a preservação de vestígios (Cadeia de Custódia), e proteção da vítima em contexto de crime.

Em síntese, consideramos ter adquirido esta competência de forma progressiva e demonstrável, integrando: (i) conhecimento dos instrumentos institucionais e setoriais de resposta, (ii) compreensão prática de ativação, comando, comunicação e evacuação, (iii) capacidade de decisão e coordenação sustentada por formação e treino, e (iv) incorporação da dimensão ético-legal relacionada com preservação de vestígios e provas (Cadeia de Custódia) e proteção da vítima. Este percurso permitiu-nos evoluir de uma abordagem centrada apenas na resposta imediata para uma intervenção mais estruturada, em que planeamento, liderança, gestão de recursos e ação sistematizada se traduzem em eficácia e eficiência, em linha com a Competência 2 definida pela OE.

3 – MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

No âmbito da Competência 3 — “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, tal como definida pela OE, procurámos demonstrar a sua aquisição através da integração entre evidência normativa, aplicação clínica sistematizada e reforço formativo ao longo do mestrado, com foco nos estágios em SMI e UCIM. Considerando que a pessoa em situação crítica está frequentemente exposta a procedimentos invasivos, terapêuticas de suporte avançado e múltiplos dispositivos, o risco de infeção aumenta e exige uma intervenção que combine técnica rigorosa, avaliação diária do risco, padronização de cuidados, registo consistente e articulação eficaz com a equipa, garantindo decisões seguras e em tempo útil.

Neste percurso, estruturámos a prática com base na lógica dos “feixes de intervenções” (*bundles*), enquanto estratégia de qualidade para reduzir variabilidade e assegurar cuidados baseados na evidência de forma consistente. Esta abordagem é suportada na literatura nacional, que destaca os *bundles* como mecanismo de melhoria de resultados e redução de variabilidade no doente crítico (Cruz & Martins, 2019), e nas Normas Clínicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), que enquadram os feixes como conjuntos integrados de intervenções, com melhores resultados do que medidas isoladas (DGS, 2022a; DGS, 2022b; DGS, 2022c). A análise destas normas reforçou um princípio central desta

competência: em contexto crítico, prevenção e controlo de infeção não se limitam à execução técnica; exigem processos fiáveis, avaliação contínua da necessidade de dispositivos e registo robusto, evitando infeções associadas a cuidados e reduzindo, por consequência, a exposição a antibióticos e a pressão seletiva para resistência antimicrobiana (DGS, 2022b).

Durante os estágios no SMI e na UCIM, operacionalizámos esta competência através do cumprimento rigoroso de normas e procedimentos, com incidência em três áreas principais: cateter vesical, cateter vascular central e prevenção de pneumonia associada à intubação.

Relativamente ao cateter vesical, aplicámos de forma sistemática os componentes do feixe recomendado: evitar algiações desnecessárias com registo da indicação, garantir técnica asséptica na inserção e conexão, manter circuito fechado, manipular com técnica limpa, realizar higiene diária do meato urinário e assegurar avaliação diária da possibilidade de remoção, com registo fundamentado quando a manutenção era necessária (DGS, 2022a). Esta abordagem foi particularmente relevante na pessoa em situação crítica, que exige monitorização rigorosa do débito urinário, permitindo equilibrar benefício clínico e minimização do risco infeccioso com base em decisões diárias consistentes.

No que respeita ao cateter vascular central, integramos os componentes recomendados para inserção e manutenção: higiene das mãos, preparação adequada, precauções de barreira máxima, antisepsia cutânea com clorhexidina alcoólica, seleção criteriosa do local de inserção (evitando femoral quando possível) e, na manutenção, técnica *no-touch*, descontaminação rigorosa dos pontos de acesso, técnica asséptica na realização de pensos e revisão diária da necessidade do dispositivo (DGS, 2022c). Em ambos os contextos (SMI e UCIM), esta prática foi acompanhada por vigilância clínica contínua, com atenção a sinais precoces de infeção e articulação atempada com a equipa multidisciplinar, apoiada por registo e comunicação estruturada, com foco no controlo da fonte.

Relativamente à pneumonia associada à intubação, a intervenção alinou-se com o feixe definido pela DGS, integrando titulação para sedação ligeira preferencialmente baseada em analgesia, avaliação diária de ventilação espontânea quando indicado, elevação da cabeceira a cerca de 30°, higiene oral estruturada e monitorização/ajuste da pressão do *cuff* dentro dos parâmetros recomendados, com registo em processo clínico (DGS, 2022b). Para além da redução de eventos infecciosos, estas medidas contribuem para diminuir tempo de ventilação invasiva, duração de internamento e consumo de antibióticos, com impacto direto na contenção da resistência antimicrobiana (DGS, 2022b).

De forma transversal aos dois serviços, aplicámos também a lógica de prevenção de infeção cruzada através da “bolha do utente”, organizando o cuidado por delimitação do espaço imediato do doente como zona de risco controlado. Esta abordagem inclui higiene das mãos com solução cutânea

antissética na entrada/saída do espaço do doente, uso criterioso de EPI de acordo com precauções e gestão disciplinada de equipamentos e material (preferencialmente dedicados ou devidamente descontaminados), reduzindo transmissão cruzada, sobretudo em doentes colonizados/infetados por microrganismos multirresistentes. Esta medida, apesar de simples, exige consistência e reforça controlo de infeção em contexto de pressão assistencial.

Complementarmente, e sempre que indicado, implementámos medidas de isolamento de acordo com o tipo de precauções (contacto, gotículas ou aerossóis), assegurando sinalização adequada, disponibilização de EPI à entrada, circuitos definidos e organização do cuidado para minimizar entradas desnecessárias no quarto/unidade. Foram igualmente reforçadas medidas como colocação do doente em quarto de isolamento (ou coorte) quando possível, utilização de material dedicado, limitação do transporte intra-hospitalar ao estritamente necessário e higienização/desinfeção rigorosa de superfícies e equipamentos após utilização. Estas intervenções visaram reduzir a disseminação de microrganismos multirresistentes e proteger doentes e profissionais, mantendo simultaneamente a segurança e a continuidade dos cuidados.

Importa ainda distinguir a aprendizagem decorrente de contextos com dinâmicas diferentes. No SMI, a elevada complexidade clínica está geralmente associada a maior padronização e monitorização, com maior presença de *bundles* e lógica de auditoria/indicadores, favorecendo intervenção altamente sistematizada. Na UCIM, embora a complexidade se mantenha, a variabilidade do ritmo e a rotatividade introduzem desafios adicionais à consistência; ainda assim, a aplicação dos mesmos princípios (adesão a *bundles*, registo, vigilância e precauções) revelou-se essencial para manter boas práticas e minimizar risco de infeção associada a cuidados. Em ambos os serviços, procurámos não apenas executar intervenções, mas também contribuir para reforçar adesão da equipa, clarificando racionalidade, sinalizando riscos e promovendo coerência entre recomendações e prática, assumindo uma práxis clínica consistente e continuada.

Para consolidar esta competência, em paralelo com a prática clínica, frequentámos tal como referido anteriormente, o Simpósio Digital “Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos”, da Sociedade Portuguesa de Enfermagem do Doente Crítico, no dia 1 de outubro de 2025 (Anexo IX), com o objetivo de atualizar conhecimentos e reforçar abordagens específicas em ambientes críticos. Esta componente formativa complementou o estágio ao contribuir para uma visão integrada e atual sobre prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica, reforçando o compromisso com prática baseada na evidência e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, consideramos que a aquisição desta competência resulta de um percurso coerente: análise normativa e científica, aplicação consistente, em SMI e UCIM, dos conhecimentos desenvolvidos, com recurso a *bundles* e disciplina de controlo de infeção, vigilância clínica e formação direcionada, demonstrando capacidade para intervir eficazmente na prevenção e controlo de infeção, contribuindo para a mitigação do risco de resistência antimicrobiana em contextos de elevada complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório visa refletir o percurso académico desenvolvido, o qual permitiu a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e Mestre em Enfermagem, reforçando simultaneamente capacidades pessoais de análise e reflexão, sentido de responsabilidade e segurança profissional. Entendemos que este é um percurso determinante para uma realização profissional plena, sustentada numa prestação de cuidados baseada na evidência, orientada para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da pessoa em situação crítica. Neste processo, foi fundamental articular a teoria adquirida no plano de estudos com a prática realizada nos diferentes contextos de estágio, proporcionando uma clara identificação das nossas limitações e potencialidades, com vista ao desenvolvimento futuro, à continuidade do trajeto de especialização e ao reconhecimento da relevância da Enfermagem especializada.

Consideramos que o EEEMCPSC assume um papel central nas instituições, funcionando como referência, promovendo a qualidade e a eficácia dos cuidados, apoiando o desenvolvimento dos pares e contribuindo para a valorização da profissão. O projeto de estágio, delineado no início, orientou-nos na definição de estratégias e na concretização dos objetivos do estágio, assumindo-se como instrumento estruturante do processo de aprendizagem. Assim, concluímos que a adoção de projetos desta natureza é essencial para otimizar o percurso formativo.

O presente relatório constituiu um desafio exigente e simultaneamente enriquecedor, potenciando crescimento profissional e pessoal, possibilitando-nos registar, de forma sistematizada, o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com enfoque na deteção precoce do delirium.

Importa evidenciar que a intervenção de enfermagem especializada na deteção precoce do delirium assenta na vigilância contínua do estado mental, bem como na aplicação sistemática e seriada de instrumentos validados, garantindo comunicação eficaz durante os turnos. Na prática, isto traduz-se em rastreio estruturado com *CAM-ICU/ICDSC* em periodicidade definida, validação prévia da elegibilidade (p. ex., nível de sedação), reforço da frequência perante flutuações clínicas e registo objetivo no processo, garantindo consistência interavaliadores e ativação atempada de planos de atuação. Este enfoque é determinante para reconhecer precocemente apresentações hipoativas frequentemente “silenciosas”, reduzir subdiagnóstico e permitir uma resposta atempada e coordenada, integrando monitorização da evolução e comunicação à equipa.

Esta temática evidenciou relevância clínica e formativa do fenómeno e da sua expressão nos contextos de estágio, reconhecendo-se o delirium como frequente, com impacto na segurança, na

qualidade dos cuidados e no percurso da pessoa em situação crítica e da família; adicionalmente, a complementaridade entre SMI e UCIM permitiu-nos uma abordagem mais abrangente do problema, desde a fase de maior instabilidade até à transição e início de recuperação. Procurámos alinhar a evidência científica com necessidades concretas dos contextos de estágio, de modo a gerar contributos práticos e passíveis de transferência. Participámos na consolidação de uma norma operacional. Desenvolvemos igualmente materiais de apoio à decisão, incluindo um poster formativo, e estruturámos uma intervenção de melhoria contínua na Unidade de Cuidados Intermédios, assente no diagnóstico de situação, na capacitação da equipa e numa implementação faseada.

Este percurso reforçou competências específicas na vigilância clínica e no raciocínio antecipatório, promovendo a tomada de decisão em tempo útil e a integração de sinais neurológicos e comportamentais com variáveis clínicas e ambientais. Valorizámos intervenções não farmacológicas, com enfoque no sono, na reorientação, na mobilização, na otimização sensorial e no envolvimento da família, o que exigiu comunicação clara e articulação interprofissional. Em paralelo, consolidámos competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, através da participação em processos de normalização e auditoria, contribuindo para práticas mensuráveis e alinhadas com padrões de qualidade. No domínio das competências de mestre, reforçámos a capacidade de integrar conhecimento, aplicar evidência em contextos complexos e comunicar resultados de forma objetiva, com utilidade direta para a prática.

Identificámos, igualmente, áreas de melhoria com impacto imediato. A variabilidade das práticas, a pressão assistencial, a gestão do tempo e falta de recursos condicionam a consistência da implementação de projetos e práticas. Por essa razão, consideramos prioritário reforçar a sustentabilidade do trabalho iniciado, assegurando momentos regulares de formação, ciclos de auditoria e devolução estruturada de *feedback* à equipa. Importa, ainda, clarificar responsabilidades por turno e integrar de forma robusta o rastreio e a prevenção do *delirium* no registo clínico.

Em síntese, consideramos ter alcançado o objetivo definido para este relatório, evidenciando o desenvolvimento de competências que nos permitirão adquirir o grau de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialistas em EMC-PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Delirium Society. (n.d.). *What is delirium?* Retrieved April 10, 2026, from <https://americandeliriumsociety.org/what-is-delirium>
- American Psychiatric Association. (2025). *The American Psychiatric Association practice guideline for the prevention and treatment of delirium* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890428023>
- Assembleia da República. (2024, 19 de janeiro). *Lei n.º 8/2024: Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 1.ª série(14), 57–75. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Baptista, F. (2021). *Gestão da dor: Perceção do enfermeiro em ambulância de suporte imediato de vida* [Tese de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipvc.pt>
- Barr, J., Downs, B., Ferrell, K., Talebian, M., Robinson, S., Kolodisner, L., Kendall, H., & Holdych, J. (2024). Improving outcomes in mechanically ventilated adult ICU patients following implementation of the ICU Liberation (ABCDE) bundle across a large healthcare system. *Critical Care Explorations*, 6(1), e1001. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001001>
- Brefka, S., Eschweiler, G. W., Dallmeier, D., Denking, M., & Leinert, C. (2022). Comparison of delirium detection tools in acute care: A rapid review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(2), 105–115. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-02003-5>
- Burry, L. D., Cheng, W., Williamson, D. R., Adhikari, N. K., Egerod, I., Kanji, S., Martin, C. M., Hutton, B., & Rose, L. (2021). Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 47(9), 943–960. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06490-3>
- Chen, T.-J., Chung, Y.-W., Chang, H.-R., Chen, P.-Y., Wu, C.-R., Hsieh, S.-H., & Chiu, H.-Y. (2021). Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103782. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>
- Cruz, J. R. M., & Martins, M. D. S. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: Cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 87–100. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- De Trizio, I., Komninou, M. A., Ernst, J., Schüpbach, R., Bartussek, J., & Brandi, G. (2025). Delirium at the intensive care unit and long-term survival: A retrospective study. *BMC Neurology*, 25, Article 22. <https://doi.org/10.1186/s12883-025-04025-7>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem*. Almedina. (ISBN 978-972-40-5226-7)
- Diao, Y., Yu, X., Zhang, Q., & Chen, X. (2024). The predictive value of CAM-ICU and ICDSC for delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, 29(3), 480–492. <https://doi.org/10.1111/nicc.13064>
- Dias, G., & Oliveira, N. (2023). Monitorização do nível de consciência utilizando o índice biespectral e espectrograma em uma paciente portadora da síndrome do encarceramento sob anestesia geral: Um relato de caso. *Research, Society and Development*, 12(2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39833>
- Direção-Geral da Saúde. (2022, 29 de agosto). *Norma clínica n.º 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023, 29 de março). *Norma n.º 021/2015 (atualizada a 17 de novembro de 2022): “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

[content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf](#)

European Delirium Association. (n.d.). *About us*. Retrieved April 10, 2026, from <https://www.europeandeliriumassociation.org/about-us.html>

Fan, Y., Wang, Y., Huang, L., Yang, Y., & Yang, X. (2024). Mechanisms underlying delirium in patients with critical illness. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, 1391644. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1391644>

Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A. M., Jerónimo, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2024). Nursing intervention to prevent and manage delirium in critically ill patients: A scoping review. *Healthcare*, 12(5), 632. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050632>

Faysoil, A., Chen, M., Siniossoglou, K., Loric, S., & Marechaux, S. (2025). Delirium in the cardiac intensive care unit: Determinants and prognosis. *Archives of Cardiovascular Diseases*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2025.04.053>

Franco, H., Fernandes, R., Oliveira, M., Mestrinho, J., Freitas, A., Ferreira, B., Oliveira, N., & Costa, R. (2021). *Aprendizagens em contexto simulado* (Vol. VI). Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34909/1/ACSVI_ebook_2021_ISBN.pdf

Gathron, E. (2019). Vulnerability in health care: A concept analysis. *Creative Nursing*, 25(4), 284–291. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.4.284>

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods* (Original work published 1988). Oxford Centre for Staff and Learning Development, Oxford Brookes University.

Hansagi, H., Edhag, O., & Allebeck, P. (1991). High consumers of health care in emergency units: How to improve their quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(1), 51–62. <https://doi.org/10.1093/intqhc/3.1.51>

Hartmann, S. P., & Wagner, G. P. (2015). Instrumentos de avaliação do delirium em unidades de terapia intensiva: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Hospitalar*, 13(1), 2–18.

Hebeshy, M. I., Gaballah, S. H., & Ibrahim, N. M. (2024). Assessment of ICU nurses' competency towards delirium among critically ill patients. *BMC Nursing*, 23, 769. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02330-z>

Ho, M.-H., Montgomery, A., Traynor, V., Chang, C.-C., Kuo, K. N., Chang, H.-C., & Chen, K.-H. (2020). Diagnostic performance of delirium assessment tools in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 301–310. <https://doi.org/10.1111/wvn.12462>

Hsiao, W.-L., Hsieh, P.-Y., Hsu, L.-F., Lai, Y.-H., Wang, M.-L., & Yeh, Y.-C. (2024). Effectiveness of a delirium risk assessment and multidisciplinary care approach in reducing delirium incidence among surgical intensive care unit patients: A retrospective pre-post intervention study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 98, 111566. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111566>

Hughes, C. G., Ely, E. W., & Pandharipande, P. P. (Eds.). (2020). *Delirium: Acute brain dysfunction in the critically ill*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-25751-4>

Inácio, A., Marques, R., & Sousa, P. (2023). Cuidados de enfermagem à pessoa sob técnica de substituição da função renal contínua: Scoping review. *Cadernos de Saúde*, 8(15), 15–22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11773>

Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: Its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>

Intensive Care Society. (2025, February). *Guidance for delirium in the critically ill patient*. <https://ics.ac.uk/static/29cbb5b4-6161-432a-a8b20ace2e64200d/2025-02-Guidance-for-Delirium-in-the-critically-ill-patient.pdf>

Ishii, K., Kuroda, K., Tokura, C., Michida, M., Sugimoto, K., Sato, T., Ishikawa, T., Hagioka, S., Manabe, N., Kurasako, T., Goto, T., Kimura, M., Sunami, K., Inoue, K., Tsukiji, T., Yasukawa, T., Nogami, S., Tsukioki, M., Okabe, D., Tanino, M., & Morimatsu, H. (2022). Current status of delirium assessment tools in the intensive care unit: A prospective multicenter observational survey. *Scientific Reports*, *12*, 2185. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-06106-w>

Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Williams Roberson, S., Sietnicki, M., van den Boogaard, M., Shehabi, Y., & Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: Delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, *26*(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>

Krewulak, K. D., Rosgen, B. K., Ely, E. W., Stelfox, H. T., & Fiest, K. M. (2020). The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *PLOS ONE*, *15*(11), e0242378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>

Lange, S., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Tomaszek, L., Wujtewicz, M., & Krupa, S. (2023). Nurses' knowledge, barriers and practice in the care of patients with delirium in the intensive care unit in Poland—A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1119526. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1119526>

Lewis, K., Balas, M. C., Stollings, J. L., et al. (2025). A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, *53*(3), e711–e727. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006369>

Li, H.-C., Chen, C.-H., Chung, K.-P., Hsu, C.-M., & Chen, T.-J. (2022). Association of incident delirium with short-term mortality, coma, and outcomes in adults with critical illness receiving mechanical ventilation. *JAMA Network Open*, *5*(10), e2236707. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36707>

Li, J., Fan, Y., Luo, R., Wang, Y., Yin, N., Qi, W., Huang, T., Zhang, J., & Jing, J. (2025). Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *161*, 104937. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104937>

Lindroth, H., Nydahl, P., Bellelli, G., et al. (2024). World delirium awareness and quality survey in 2023: A worldwide point prevalence study. *Age and Ageing*, *53*(11), afae248. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae248>

Ma, R., Zhao, J., Li, C., Qin, Y., Yan, J., Wang, Y., Yu, Z., Zhang, Y., Zhao, Y., Huang, B., Sun, S., & Ning, X. (2023). Diagnostic accuracy of the 3-minute diagnostic interview for confusion assessment method-defined delirium in delirium detection: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, *52*(5), afad074. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad074>

Mart, M. F., Williams Roberson, S., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2021). Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, *42*(1), 94–112. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721747>

Mikkelsen, M. E., Hopkins, R. O., & Sevin, C. M. (2020). Post-intensive care syndrome (PICS) and strategies to mitigate PICS. In *ICU Liberation* (pp. 97–109). Society of Critical Care Medicine.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016, 13 de setembro). *Decreto-Lei n.º 63/2016: Graus académicos e diplomas do ensino superior*. *Diário da República*, *1.ª série*(176). <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Ministério da Saúde. (1996, 4 de setembro). *Decreto-Lei n.º 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. *Diário da República*, *1.ª série-A*(205), 2959–2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Miranda, A. R. D. S., Amorim, T. L. D., Vilela, R. M., Barbosa, R. C. P., Silva, L. M. D., Pinheiro, M. M., & Avelino-Silva, T. J. (2023). Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings: A systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2023*(5), CD013600. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013600.pub2>

Murungi, E. B., Bvumbwe, T., Zikusooka, C. M., & Archer, M. (2023). Improving nurses' knowledge and practices of delirium: An educational intervention. *Nursing Open*, 10(3), 1280–1289. <https://doi.org/10.1002/nop2.1389>

Nério, A., Santos, J., Oliveira, J., Flores, P., & Conceição, K. (2020). O enfermeiro frente ao risco de delirium em pacientes críticos internados em unidades de terapia intensiva – Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11571–11584. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-249>

Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*. <https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M. Patr%C3%A3o Neves Sentidos da Vulnerabilidade.pdf>

Oliveira, C., Nobre, C., Marques, R., Mendes, M., & Sousa, P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Cuidarte*, 13(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2011, 18 de fevereiro). *Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. *Diário da República*, 2.ª série(35), 8656–8657. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifefpessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015, 26 de junho). *Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª série(123), 17240–17243. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). *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, 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*. *Diário da República*, 2.ª série(135), 19359–19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série(26), 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Paixao, L., Sun, H., Hogan, J., Hartnack, K., Westmeijer, M., Neelagiri, A., Zhou, D. W., McClain, L. M., Kimchi, E. Y., Purdon, P. L., Akeju, O., & Westover, M. B. (2021). ICU delirium burden predicts functional neurologic outcomes. *PLOS ONE*, 16(12), e0259840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259840>

Plácido, D. C., Pinto, M. R., Durão, M. C., Henriques, H. R., & Teixeira, J. F. (2025). Nursing delirium management to promoting critically ill patients' safety: An umbrella review. *Acute and Critical Care*, 40(3), 373–392. <https://doi.org/10.4266/acc.2025.00522>

Portugal. (2021, 16 de abril). *Decreto-Lei n.º 27/2021*. *Diário da República*, 1.ª série(74). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/27-2021-161518656>

Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>

Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>

Santos, J., Sousa, N., Santos, J., Pires, C., Bayma, L., Reis, D., Lima, M., Brito, M., Pereira, L., Serejo, A., Ferreira, M., Conceição, J., Bastos, J., Miranda, P., & Gusmão, K. (2021). Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que predispõem ao delirium em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(13), e210722. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.210722>

Santos, M. P. D., Tenorio, N. E. C., Ferreira, F. A. S. M., Ferreira, F. Á. S. M., Cunha, L. A. S., Santos, L. M. K. F., Jesus, M. G. C., Santos, M. M. A., Santana, R. L. F., & Calles, A. C. N. (2024). Avaliação de delirium em pacientes internados em UTI através do instrumento Confusion Assessment Method (CAM-ICU): Uma revisão de escopo. *Revista Científica de Alto Impacto*, 28(136). <https://doi.org/10.5281/zenodo.12764156>

Silva, M., Santos, F., Erdmann, C., Henriques, G., Albuquerque, G., Boução, N., & Souza, C. (2021). Importância do controle da pressão do cuff: Conhecimento da equipe de enfermagem – prevenção à infecção relacionada à assistência à saúde. *Research, Society and Development*, 10(9), 1–12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18297>

Society of Critical Care Medicine. (2025). *ICU Liberation Bundle (A–F): D — Delirium: Assess, prevent, and manage*. <https://sccm.org/clinical-resources/iculiberation-home/abcdef-bundles>

Sosnowski, K., Lin, F., Chaboyer, W., Ranse, K., Heffernan, A., & Mitchell, M. (2023). The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104410. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104410>

Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., Webb, P., & Boehm, L. M. (2020). Early identification of delirium in intensive care unit patients: Improving the quality of care. *Critical Care Nurse*, 40(2), 33–43. <https://doi.org/10.4037/ccn2020706>

Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B. T., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2021). Delirium in critical illness: Clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47(10), 1089–1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>

Unidade Local de Saúde da [REDACTED]. (n.d.). *Missão*. Acedido a 21 de agosto de 2025, em <https://www.chs.min-saude.pt/missao/>

Unidade Local de Saúde da [REDACTED] E.P.E. (2023). *Plano de desenvolvimento organizacional 2024–2026* (versão de 27 de novembro de 2023) https://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2024/11/Plano-de-Desenvolvimento-Organizacional-2024-2026-ULS-Arr%C3%A1bida_vfinal_assin_pl_signed.pdf

Van den Boogaard, M., Leenders, M., Pop-Purceanu, M., & Tilburgs, B. (2024). Performance and validation of two ICU delirium assessment and severity tools: A prospective observational study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 83, 103627. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103627>

Van Nieuw Amerongen, H., Stapel, S., Spijkstra, J. J., Ouweneel, D., & Schenk, J. (2023). Comparison of prognostic accuracy of three delirium prediction models. *American Journal of Critical Care*, 32(1), 43–50. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023213>

Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>

Williams, S. T., Dhese, J. K., Partridge, J. S. L., & Pusey, H. (2020). Distress in delirium: Causes, assessment and management. *BJPsych International*, 11(1), 63–70. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00276-z>

World Health Organization. (2002). *Environmental health in emergencies*. Retrieved April 10, 2026, from http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases 11th revision (ICD-11) for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/>

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de
Cuidados Intermédios**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

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

**Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados
Intermédios de Medicina da [REDACTED]**

João Tiago Fernandes Marques, n.º 118766

Orientado por:

Enfermeira Especialista em EMCPSC Inês Silvestre

Enfermeira Especialista em EMCPSC Sara Silva

Professora Mestre Célia Vaz

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

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

Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina da [REDACTED]

João Tiago Fernandes Marques, n.º 118766

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientado por:

Enfermeira Especialista em PSC Inês Silvestre

Enfermeira Especialista em PSC Sara Silva

Professora Mestre Célia Vaz

Almada

2026

ABREVIATURAS E SIGLAS

- **AVC** — Acidente Vascular Cerebral
- **BHE** — Barreira Hematoencefálica
- **CAM** — *Confusion Assessment Method*
- **CID-11** — Classificação Internacional de Doenças, 11.^a Revisão
- **CMS** — *Centers for Medicare & Medicaid Services*
- **DGS** — Direção-Geral da Saúde
- **DSM-III-R** — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3.^a edição (revista)
- **DSM-5** — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.^a edição
- **DSM-5-TR** — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.^a edição (Text Revision)
- **EAM** — Enfarte Agudo do Miocárdio
- **EUA** — Estados Unidos da América
- **GABA** — Ácido gama-aminobutírico
- **GT** — Grupo de Trabalho
- **GUT** — (Matriz) Gravidade, Urgência e Tendência
- **PSC** — Pessoa em Situação Crítica
- **SClínico** — Sistema/Plataforma de Informação Clínica (SClínico)
- **SMI** — Serviço de Medicina Intensiva
- **SNS** — Serviço Nacional de Saúde
- **SPMI** — Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
- **SWOT** — *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)
- **TCE** — Traumatismo Cranioencefálico
- **UCI** — Unidade de Cuidados Intensivos
- **UCIM** — Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina
- **ULS** — Unidade Local de Saúde
- **UPPC** — Unidade Psiquiátrica Privada de Coimbra
- **VNI** — Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS	<i>Error!</i>
<i>Bookmark not defined.</i>	
INTRODUÇÃO	72
1. ANÁLISE ESTRATÉGICA	74
1.1. Missão e Valores da Instituição	74
1.2. Caracterização do Serviço	74
1.3. Pertinência da Temática	75
1.4. Análise SWOT	76
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	78
2.1. Definição	78
2.2. Escala Confusion Assessment Method	80
3. PLANO DE INTERVENÇÃO	81
4. CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
Apêndice I – Resultados dos inquéritos da análise estratégica	<i>Error!</i>
<i>Bookmark not defined.</i>	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Análise SWOT	77
Figura 2 - Diagrama de Gantt	84

ÍNDICE DE TABELAS

Quadro 1 - Projeto de Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina da ULS (1/2)	82
Quadro 1 - Projeto de Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina da ULS (2/2)	83

INTRODUÇÃO

O delirium constitui uma síndrome neurocognitiva aguda e flutuante, caracterizada por alteração da atenção e do nível de consciência, acompanhada de perturbações cognitivas, com início em horas a dias e associada a uma condição médica subjacente, exposição a fármacos ou outros fatores precipitantes. Em contexto hospitalar, e particularmente na pessoa em situação crítica, o delirium mantém-se uma complicação frequente, potencialmente prevenível em proporção relevante de casos, mas ainda subdiagnosticada, sobretudo nas suas formas hipoativas. Para além de representar sofrimento significativo para a pessoa doente e família, associa-se a desfechos adversos clinicamente relevantes, incluindo aumento do tempo de internamento, maior consumo de recursos, risco acrescido de complicações, declínio funcional e cognitivo, institucionalização e maior mortalidade, o que o posiciona como um verdadeiro indicador de qualidade e segurança dos cuidados ((American Psychiatric Association, 2024).

Nas unidades de cuidados intermédios, onde se concentram doentes com instabilidade fisiológica moderada a severa, multimorbilidade e elevada exposição a fatores de risco (infecção, hipóxia/hipercapnia, distúrbios metabólicos, privação de sono, fármacos com potencial delirigénico, contencções e desorientação ambiental), a implementação de estratégias estruturadas de prevenção, deteção precoce e intervenção torna-se particularmente pertinente. A Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) constitui, assim, um contexto privilegiado para desenvolver um projeto de melhoria contínua centrado no delirium, dado o impacto transversal desta condição na evolução clínica e na eficiência do percurso assistencial.

A evidência aponta, de forma consistente, para a eficácia de abordagens multimodais e interdisciplinares na redução da incidência e duração do delirium, com destaque para intervenções não farmacológicas organizadas em bundles (promoção do sono, reorientação, mobilização precoce, otimização sensorial, adequação ambiental, envolvimento familiar, hidratação e nutrição), complementadas por um uso criterioso e uniformizado de medidas farmacológicas quando clinicamente indicado. Contudo, para que estas estratégias sejam exequíveis e sustentáveis, é indispensável garantir capacitação da equipa, padronização de processos e monitorização contínua por indicadores, reduzindo a variabilidade da prática e facilitando a tomada de decisão baseada em dados (Mart et al, 2021).

Neste enquadramento, o presente trabalho apresenta um Projeto de Deteção e Prevenção do Delirium na UCIM da ULS, orientado por uma lógica de melhoria contínua e suportado por instrumentos validados de rastreio, com destaque para o Confusion

Assessment Method (CAM), enquanto ferramenta prática, rápida e passível de integração na rotina assistencial. O projeto tem como objetivo geral reduzir a prevalência e a duração do delirium na UCIM e operacionaliza-se através de objetivos específicos que incluem: (i) constituição de um grupo de trabalho dedicado; (ii) capacitação da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar na temática e na utilização sistemática do CAM; (iii) determinação da incidência e prevalência basal; (iv) implementação de um bundle não farmacológico; (v) uniformização da abordagem farmacológica; (vi) reavaliação pós-intervenção; e (vii) definição de medidas que assegurem sustentabilidade e atualização do processo ao longo do tempo.

Do ponto de vista metodológico, o projeto estrutura-se em etapas sequenciais — diagnóstico de situação, planeamento, implementação, avaliação e consolidação — permitindo acompanhar o impacto das intervenções e ajustar o plano de ação com base nos resultados obtidos e nas barreiras identificadas pela própria equipa. Este racional procura reforçar a cultura de segurança, promover cuidados centrados na pessoa e suportar a prática de enfermagem especializada com processos robustos, mensuráveis e alinhados com padrões de qualidade.

O trabalho organiza-se em quatro capítulos principais: (1) análise estratégica, com caracterização institucional e do serviço, pertinência da temática e análise SWOT; (2) enquadramento teórico, com definição, impacto e fundamentação do rastreio, incluindo a escala CAM; (3) plano de intervenção, detalhando objetivos, ações, indicadores, metas e cronograma; e (4) conclusão, onde se sintetizam implicações, ganhos esperados e perspetivas de continuidade

A realização deste trabalho tem em conta as normas de elaboração de trabalhos escritos da Egas Moniz *School Of Health & Science*. Foi referenciado segundo a *American Psychological Association* na 7ª Edição e está de acordo com o novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ANÁLISE ESTRATÉGICA

1.1. Missão e Valores da Instituição

O projeto será aplicado na Unidade de Cuidados Intermédios da Unidade Local de Saúde (ULS) que foi criada em 2024 resultando da fusão entre um Centro Hospitalar e um Agrupamento de Centros de Saúde. Essa fusão fez parte do processo de transformação de hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em entidades empresariais públicas, abrangendo a prestação de cuidados de saúde para uma população estimada em aproximadamente 242117 pessoas de sete concelhos da margem sul do Tejo (ULS, 2017).

A ULS presta serviços diferenciados em áreas como Neurologia, Oncologia, Infeciologia, Nefrologia com hemodiálise, entre outros. Além da assistência direta, promove a investigação científica e a formação contínua dos seus profissionais, respeitando normas e regulamentações de ensino na área da saúde. A sua missão baseia-se na promoção de saúde e prestação de cuidados de alta qualidade à sua comunidade, priorizando a dignidade dos utentes, a eficiência organizacional e o desenvolvimento profissional da sua equipa. Para isso, os seus objetivos incluem oferecer cuidados humanizados e oportunos, melhorar a eficiência e sustentabilidade financeira, desenvolver especialidades médicas de referência, implementar programas de atendimento em ambulatório/domicílio e incentivar a pesquisa e formação profissional (ULS, 2017).

1.2. Caracterização do Serviço

A UCIM da ULS é uma unidade funcional autónoma de nível intermédio, integrada na Medicina Interna, destinada a doentes com instabilidade fisiológica moderada a severa que precisam de monitorização contínua e suporte técnico diferenciado, mas não de ventilação mecânica invasiva prolongada nem de suporte avançado de vida típico de Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Funciona como unidade *step down*: recebe doentes demasiado complexos para enfermaria, mas que não justificam internamento em SMI, contribuindo para reduzir custos, libertar camas de cuidados intensivos e melhorar prognóstico e satisfação de doente/família, num ambiente mais calmo.

Segue a classificação europeia de Cuidados Intermédios, com capacidade de monitorização (não invasiva e invasiva) e algum suporte de funções vitais, articulando-se com unidades de nível superior quando necessário. Tem equipa médica própria (coordenador e assistente de Medicina Interna, com cobertura diurna fixa e continuidade assegurada à noite/fins de semana), e equipa de enfermagem integrada na Medicina Interna mas com escala dedicada, com rácio mínimo de 1 enfermeiro/4 camas. O

Enfermeiro Gestor gere escalas e organização do trabalho e o Enfermeiro Responsável de Turno define planos de cuidados e organiza recursos. A equipa de enfermagem inclui 14 enfermeiros (3 especialistas em Pessoa em Situação Crítica) e apoio de um enfermeiro especialista em Reabilitação em dias úteis, bem como Assistentes Operacionais em rotação.

Os critérios de admissão abrangem doentes instáveis com disfunção de órgão e risco de falência de funções vitais que exijam vigilância contínua e suporte diferenciado, nomeadamente patologia cardiovascular (arritmias estáveis, insuficiência cardíaca ligeira-moderada, urgência hipertensiva sem falência terminal), respiratória (desmame ventilatório, início de VNI, vigilância em patologia hipoxemiante, técnicas torácicas invasivas), neurológica (doenças do neurónio motor, neuropatias inflamatórias), intoxicações com necessidade de vigilância neurológica/respiratória/cardiovascular, hemorragia digestiva alta controlada, falência hepática aguda estável, alterações metabólico-endócrinas graves (cetoacidose diabética, estado hiperosmolar em resolução, tirotoxicose, mixedema), sépsis sem choque, insuficiência renal aguda em diálise intermitente estável, alterações hidroeletrólíticas significativas, delirium tremens e doentes em *step down* do SMI após estabilização. Estão excluídos doentes com ventilação invasiva prolongada (salvo fase de transição), eventos agudos graves como EAM complicado, AVC agudo, estado de mal epilético, TCE isolado, situações de paliativos exclusivos ou doença terminal sem benefício de internamento, bem como patologia cirúrgica que não cumpra critérios. Há limite operacional para doentes traqueostomizados (máximo dois, sendo apenas um com ventilação invasiva crónica). A unidade ocupa cerca de 180 m² no piso 4 do edifício antigo do Hospital de São Bernardo, com ligação direta ao Serviço de Medicina Interna e acesso ao exterior.

1.3. Pertinência da Temática

Para justificar a pertinência da temática foi entregue um formulário *Google Forms* (ver apêndice 1) com o intuito de perceber a opinião dos enfermeiros.

No inquérito aplicado aos enfermeiros da UCIM, todos os respondentes reconheceram o delirium como uma complicação frequente na pessoa em situação crítica e unanimemente concordaram que os doentes da unidade beneficiariam de um projeto de melhoria centrado nesta problemática. Apesar desta clara consciência da relevância clínica do delirium, a perceção sobre a organização da resposta é marcadamente negativa: nenhum dos profissionais considera existir, atualmente, uma abordagem sistematizada e consistente ao delirium na UCIM, a esmagadora maioria refere que não é utilizada de forma regular qualquer escala validada de rastreio (como a CAM) e nenhum identifica a existência de protocolos terapêuticos estruturados para a sua gestão.

Do ponto de vista do conhecimento e da prática, a maioria dos enfermeiros relata sentir-se pouco preparados para uma abordagem estruturada ao delirium. Apenas uma parte minoritária se diz confiante na utilização de escalas de avaliação, e cerca de 90% consideram que o conhecimento que possuem sobre delirium na pessoa em situação crítica é insuficiente. Embora uma proporção significativa refira conhecer medidas não farmacológicas de prevenção, a sua implementação diária está longe de ser a norma: apenas uma pequena minoria afirma aplicá-las de forma sistemática, enquanto a maioria reconhece que, na prática, essas intervenções não são incorporadas de forma consistente nos cuidados. Em contraste, o interesse em desenvolver competências é total, com todos os respondentes a expressarem vontade de receber mais formação específica na área.

As barreiras à deteção e gestão do delirium são também claramente identificadas pelos profissionais. A quase totalidade aponta obstáculos significativos, entre os quais se destacam a insuficiência de recursos humanos e o rácio enfermeiro-utente, a falta de tempo face à carga de trabalho, a escassez de formação específica e a perceção de apoio institucional limitado para a implementação de uma abordagem estruturada.

Em síntese, o inquérito revela um cenário em que o delirium é reconhecido como frequente e clinicamente relevante, mas coexistem lacunas importantes ao nível do conhecimento aplicado, da utilização de ferramentas de rastreio e da operacionalização de medidas preventivas e terapêuticas. Este diagnóstico reforça a pertinência e a urgência do projeto de melhoria proposto, que procura precisamente responder a estas necessidades através da criação de um grupo de trabalho dedicado, da formação em serviço, da implementação sistemática da CAM, da estruturação de bundles não farmacológicos e de protocolos farmacológicos, bem como da monitorização contínua da prevalência de delirium na UCIM.

1.4. Análise SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta estratégica utilizada para avaliar as forças (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) num contexto organizacional ou num projeto específico. O principal objetivo dessa análise é proporcionar uma visão abrangente das condições internas e externas que podem influenciar uma organização ou projeto, facilitando o planeamento estratégico e a tomada de decisões (Helms & Nixon, 2010). As forças dizem respeito às qualidades que a organização ou projeto possuem e que oferecem vantagens competitivas (Gürel & Tat, 2017). As fraquezas correspondem às limitações ou áreas que necessitam de melhoria dentro da organização (Phadermrod et al., 2019). As oportunidades englobam os fatores

externos que a organização pode explorar para crescer ou melhorar (Helms & Nixon, 2010). As ameaças representam os riscos externos que podem prejudicar o desempenho organizacional ou o resultado do que está a ser posto em prática (Gürel & Tat, 2017).

Globalmente, a análise estratégica SWOT destacou uma equipa qualificada como principal força sendo as fraquezas centradas na resistência cultural à adoção de novas práticas e consequente inconsistência no cumprimento das mesmas. Entre as oportunidades destacam-se as políticas governamentais favoráveis, no entanto as restrições orçamentais podem ser uma ameaça (Figura 1 da página seguinte).

Dispensando a utilização da Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) verificou-se que, através de um *brainstorming*, que a deteção e prevenção do delirium seria a temática a abordar uma vez que, entre outras, não existem quaisquer dados estatísticos do serviço, nem tão pouco monitorização e auditoria da globalidade do processo.



Figura 1 - Análise SWOT

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Definição

O delirium é conhecido desde a Antiguidade, com origem etimológica em *delirare* e corresponde hoje a uma síndrome neurocognitiva aguda, potencialmente reversível, caracterizada por alteração da atenção e da consciência, com instalação em horas-dias, curso flutuante e relação causal com condição médica, fármaco ou tóxico. Distingue-se claramente do *delírio* (crença falsa e fixa típica de psicose): no delirium o núcleo é a disfunção orgânica da consciência/atenção e da cognição; no delírio, a alteração é do conteúdo do pensamento. DSM-5/DSM-5-TR e CID-11 convergem numa definição que integra início agudo, défice de atenção e consciência, perturbação cognitiva obrigatória, curso flutuante e exigência de etiologia identificável. Sociedades internacionais (European Delirium Association, American Delirium Society) e entidades nacionais (SPMI, DGS, UPPC) reforçam esta visão, sublinhando a elevada prevalência em contexto hospitalar, e o subdiagnóstico frequente. (American Psychiatric Association, 2024; Direção-Geral da Saúde, 2015, SPMI 2015)

Do ponto de vista fisiopatológico, o delirium resulta de uma disfunção cerebral multifatorial, em que se combinam desequilíbrios de neurotransmissores (hipocolinergia, hiperdopaminergia e alterações em serotonina, GABA, glutamato e norepinefrina), neuroinflamação sistémica e central, disrupção da barreira hematoencefálica, stress oxidativo e disfunção mitocondrial, com défice energético neuronal. Na pessoa crítica, sépsis, trauma, cirurgia, hipóxia, hipercapnia e inflamação aumentam a permeabilidade da BHE, ativam microglia e endotélio e perturbam a homeostase sináptica, em particular nas redes de atenção e memória. A isto somam-se privação e fragmentação do sono, desorganização do ritmo circadiano e alterações da conectividade funcional (redes frontoparietais e *default mode*), criando um ciclo autoalimentado de disfunção cognitiva (Fan et al., 2024).

Clinicamente, o delirium apresenta-se em formas hiperativa, hipoativa ou mista, sendo a hipoativa a mais frequente e subdiagnosticada e a mista frequentemente associada a maior duração, consumo de sedativos/antipsicóticos e piores desfechos. A “carga de delirium” (proporção de dias em delirium) relaciona-se de forma independente com maior mortalidade, mais dias de internamento e piores resultados neurológicos funcionais a longo prazo. Idade avançada, fragilidade, demência prévia, infeção, diabetes, AVC, anestesia geral, sedação, ambiente de UCI, medo, ansiedade, distúrbios do sono e uso de restrições

constituem fatores de risco relevantes, reforçando a necessidade de rastreio sistemático e de intervenções preventivas estruturadas (Mart et al, 2021).

A evidência recente demonstra de forma consistente que o delirium é altamente prevalente em contextos de agudos e estáveis ao longo do tempo. Na revisão sistemática de Ormseth et al. (2023), que integrou 315 estudos com 101 144 adultos em múltiplos cenários (enfermarias, unidades de cuidados intensivos, bloco operatório, entre outros), 24 015 utentes desenvolveram delirium, correspondendo a uma prevalência global de cerca de 23,7%, ou seja, aproximadamente um em cada quatro utentes em contextos de risco. Resultados semelhantes foram encontrados na meta-análise de Gibb et al. (2020), que, ao analisar 33 estudos de serviços médicos agudos entre 1980 e 2019, estimou uma prevalência pontual de 15% na admissão, uma incidência de 9% durante o internamento e uma ocorrência global de 23%, sem alterações significativas ao longo de quatro décadas. Num hospital universitário suíço, Schubert et al. (2018) identificaram delirium em 28,1% dos utentes previamente classificados como “em risco”, com prevalências particularmente elevadas em especialidades como cardiotorácica, neurocirurgia, traumatologia e neurologia, mostrando que o problema atravessa diferentes tipologias de cuidados.

As consequências do delirium para o prognóstico e para os sistemas de saúde são expressivas. Em utentes críticos ventilados em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), Ely et al. (2004) demonstraram que o delirium é um preditor independente de mortalidade, de maior duração de ventilação mecânica e de internamento em SMI e no hospital. Em idosos hospitalizados, a meta-análise de Witlox et al. (2010) mostrou que o delirium associa-se a aumento da mortalidade pós-alta, maior probabilidade de institucionalização e risco acrescido de demência subsequente, o que é corroborado por estudos longitudinais que evidenciam a relação bidirecional entre delirium e declínio cognitivo (Davis et al., 2012, 2015). Do ponto de vista económico, Leslie et al. (2008) estimaram custos adicionais substanciais por utente no ano subsequente à alta, com um impacto anual de dezenas a centenas de milhar de milhões de dólares, sobretudo por internamentos prolongados, re-internamentos e maior utilização de cuidados formais. Sínteses como a de Inouye et al. (2014) e dados de prevalência/impacto (Geriatric Medicine Research Collaborative, 2019; Reston & Schoelles, 2013; Schubert et al., 2018) consolidam o delirium como uma condição comum, grave, frequentemente subdiagnosticada e com forte impacto em mortalidade, funcionalidade, institucionalização, consumo de horas de enfermagem e custos hospitalares.

No contexto específico da ventilação não invasiva (VNI), Zhang et al. (2021) mostraram que o delirium é igualmente frequente e clinicamente relevante. Num estudo prospetivo em SMI médico-respiratória com 1083 utentes submetidos a VNI como primeira

linha de suporte, 18,1% desenvolveram delirium. O delirium associou-se a piores desfechos: maior taxa de falência da VNI, maior mortalidade em SMI e no hospital, mesmo após ajuste para fatores de confusão, bem como maior duração de VNI, de internamento em UCI e de internamento hospitalar. Globalmente, estes dados reforçam que, entre utentes sob VNI, cerca de um em cada cinco desenvolve delirium e que este se relaciona de forma robusta com falência do suporte ventilatório, mortalidade e maior utilização de recursos, justificando estratégias dirigidas de prevenção, deteção precoce e manejo nesta população específica.

2.2. Escala Confusion Assessment Method

O Confusion Assessment Method (CAM) foi desenvolvido por Sharon Inouye e colaboradores no final da década de 1980, com publicação em 1990, como um método padronizado de avaliação baseado em critérios operacionais do DSM-III-R, destinado a clínicos não psiquiatras para detetar delirium de forma rápida e precisa em utentes de risco (Inouye et al., 1990).

A partir de nove critérios observacionais iniciais, os autores definiram um algoritmo simplificado com quatro características clínicas – início agudo e curso flutuante, défice de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência – exigindo, para um rastreio positivo, a presença dos dois primeiros associada a pelo menos um dos dois últimos, o que permite, em menos de cinco minutos, uma identificação estruturada do delirium à beira do leito em contextos clínicos agitados, reduzindo a variabilidade entre avaliadores e a dependência de avaliação psiquiátrica formal (Inouye et al., 1990; Wei et al., 2008).

A aplicação do CAM assenta na observação direta do comportamento do utente e numa breve avaliação cognitiva, podendo ser integrada nos protocolos de enfermagem e nas rotinas de avaliação de cada turno; funciona essencialmente como instrumento de rastreio (presente/ausente) (Inouye et al., 2014; Oh et al., 2017).

Desde a sua introdução, o CAM demonstrou excelente desempenho diagnóstico, com sensibilidade de 94–100% e especificidade de 90–95% em utentes idosos hospitalizados, elevada fiabilidade interavaliador (κ 0,81–1,0) (Inouye et al., 1990). Revisões sistemáticas confirmam que o instrumento mantém elevada acurácia e confiabilidade em diferentes populações e cenários, desde que os profissionais recebam formação adequada, sobretudo para reconhecer formas hipoativas (Wei et al., 2008).

Nas últimas décadas, o CAM consolidou-se como uma das ferramentas de triagem de delirium mais utilizadas globalmente, recomendado em múltiplas diretrizes

internacionais e incorporado em protocolos de hospitais, unidades de reabilitação e instituições de longa permanência, incluindo requisitos de qualidade definidos por entidades reguladoras como os CMS nos EUA (Oh et al., 2017)

3. PLANO DE INTERVENÇÃO

Para garantir o sucesso das intervenções, será fundamental investir na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde. Serão realizadas formações teóricas e práticas, bem como campanhas educativas que promovam o reforço da importância da prevenção

Proceder-se-á à elaboração de protocolos específicos. Nesse sentido, apresenta-se seguintes objetivos:

- **Objetivo Geral:**

Reduzir a prevalência e a duração do delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

- **Objetivos Específicos:**

1. Constituir um grupo de trabalho sobre delirium na UCIM;
2. Capacitar a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar na temática do delirium e utilização da escala CAM;
3. Determinar a incidência prevalência atual de delirium na UCIM;
4. Implementar um bundle de medidas não farmacológicas de prevenção do delirium;
5. Uniformizar a abordagem farmacológica ao delirium na UCIM;
6. Reavaliar a prevalência de delirium na UCIM após a implementação das intervenções
7. Garantir a sustentabilidade da intervenção em delirium na UCIM

Conforme evidenciado nas duas páginas seguintes através do Quadro 1 e 2, a partir das problemáticas identificadas e dos objetivos estabelecidos, foi desenvolvido o plano de intervenção detalhando cada objetivo específico, assim como as ações, indicadores e metas respetivas que pretendemos atingir. Posteriormente, através da Figura 2, apresenta-se o Diagrama de Gantt que é uma ferramenta visual essencial no planeamento e acompanhamento de projetos, onde existe a representação gráfica dos objetivos específicos e prazos correspondentes, bem como a duração dos mesmos, permitindo que os responsáveis acompanhem o progresso e identifiquem potenciais atrasos (Martins, 2025).

PROBLEMA	Incidência de Delirium na UCIM			
OBJETIVO GERAL	Reduzir a prevalência e a duração do delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina			
OBJETIVOS ESPECIFICOS	AÇÕES	INDICADORES	METAS	AVALIAÇÃO
Constituir um grupo de trabalho sobre delirium na UCIM	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenciar Elemento(s) de Referência/ Dinamizador(es) do Delirium na UCIM (equipa de enfermagem e equipa médica). - Elaborar e aprovar termos de referência do Grupo de Trabalho (GT). - Agendar reuniões regulares (por ex. mensais) 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de despacho de constituição do GT. - Número de elementos do GT por categoria profissional. - Número de reuniões realizadas por semestre. 	<ul style="list-style-type: none"> - GT formalmente constituído até 1 mês, com pelo menos 1 médico, 2 enfermeiros. - Realização de ≥ 4 reuniões/ano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das atas do GT.
Capacitar a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar na temática do delirium e utilização da escala CAM	<ul style="list-style-type: none"> - Planear e calendarizar sessões de formação em serviço sobre Delirium e escala CAM - Elaborar materiais de apoio (slides, resumos, algoritmos). - Aplicar pré-teste e pós-teste de conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de sessões de formação realizadas. - Percentagem de profissionais que frequentam pelo menos 1 sessão. - Média de resultados no pós-teste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar 1 a 2 sessões de formações até 2 meses - Formar $\geq 80\%$ dos enfermeiros da UCIM. - $\geq 70\%$ de respostas corretas no pós-teste em média. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fichas de presenças. -Análise dos resultados dos testes.
Determinar a incidência e prevalência atual de delirium na UCIM	<ul style="list-style-type: none"> - Definir período de linha de base (por ex., 2 meses). - Garantir registo sistemático no <i>Sclinico</i> da CAM na admissão e a cada 3 dias ou se alteração do estado de consciência. -Recolher e analisar os dados (nº de CAM positivos, nº de utentes avaliados). - Registo em folha própria ou <i>Sclinico</i> do número de dias em que cada utente se mantém com CAM positiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Número total de utentes internados no período. - Número e percentagem de utentes com CAM positivo. - Percentagem de utentes elegíveis com CAM registado. - Número de dias com delirium mantido 	<ul style="list-style-type: none"> - Obter linha de base da incidência e prevalência de delirium na UCIM em 2 meses. - $\geq 90\%$ dos utentes elegíveis avaliados com CAM nesse período 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise estatística simples (percentagens, gráficos). - Relatório de linha de base apresentado ao GT/serviço

Quadro 1 - Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina da ULS

(1/2)

<p>Implementar um bundle de medidas não farmacológicas de prevenção do delirium</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o bundle (sono, reorientação, mobilização precoce, correção sensorial, ambiente, família, nutrição, etc.). - Criar checklist ou campo específico no plano de cuidados. Se possível em mapa de cuidados no Sclinico. - Sensibilizar e treinar a equipa para a aplicação do bundle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de utentes com CAM positivo com bundle registado. - Número médio de medidas do bundle aplicadas por utente/turno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 6 meses, garantir que $\geq 70\%$ dos utentes com CAM positiva têm pelo menos 3 medidas do bundle aplicadas e registadas por turno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditoria a planos de cuidados/registos de enfermagem e respetivo relatório.
<p>Uniformizar a abordagem farmacológica ao delirium na UCIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir com o algoritmo de atuação do procedimento institucional das medidas farmacológicas ao delirium. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de utentes com CAM positivo com procedimento instituído. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 6 meses, atingir $\geq 40\%$ de conformidade das prescrições com o procedimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditoria às prescrições de fármacos usados no delirium. - Discussão de casos em reunião clínica/GT.
<p>Reavaliar a prevalência de delirium na UCIM após a implementação das intervenções</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir o levantamento de prevalência 8 meses após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão do delirium - Comparar resultados antes e após o projeto de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nova prevalência e incidência de delirium (% de utentes com CAM positivo). - Variação absoluta e relativa face à linha de base. - Diminuição da duração de utentes com CAM positivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Idealmente, reduzir a prevalência e duração do delirium em $\geq 10-20\%$ face à linha de base 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliações e análise comparativa dos resultados antes e após 8 meses. - Discussão dos resultados e eventual reorientação do projeto.

Quadro 2 - Projeto de Detecção e Prevenção do Delirium na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina da ULS
(2/2)

Diagrama de Gantt

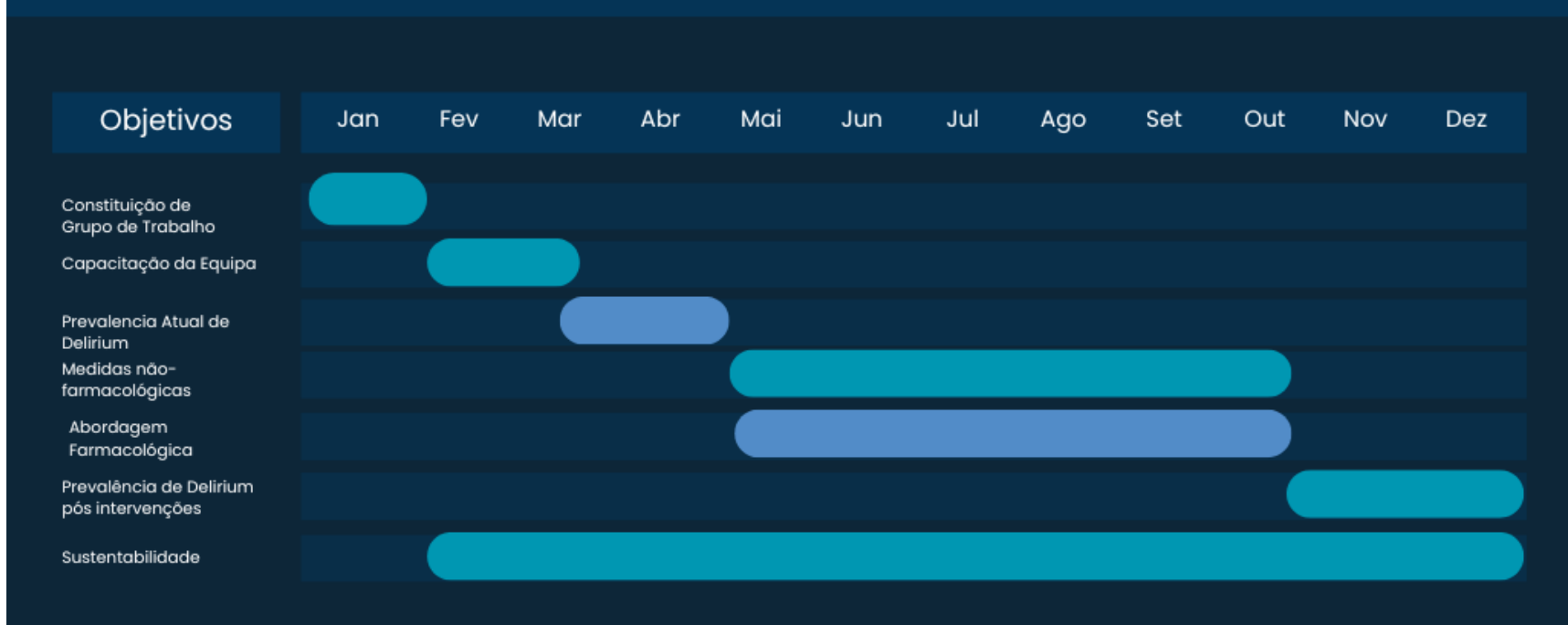


Figura 2 - Diagrama de Gantt

4. CONCLUSÃO

O delirium, pela sua elevada prevalência em contextos de agudos, impacto clínico e económico, e pelo facto de ser frequentemente subdiagnosticado — sobretudo nas suas formas hipoativas — constitui uma prioridade estratégica para a qualidade e segurança dos cuidados na UCIM. A análise realizada no âmbito deste projeto evidenciou uma realidade particularmente relevante: apesar de existir consciência clínica transversal sobre a frequência e gravidade do delirium, persiste uma ausência de abordagem sistematizada, com utilização irregular de instrumentos validados, inexistência de protocolos estruturados e implementação inconsistente de medidas preventivas no quotidiano assistencial. Estes achados reforçam a necessidade de uma intervenção organizada, mensurável e sustentada, capaz de reduzir a variabilidade da prática e transformar conhecimento em comportamento clínico consistente.

A operacionalização do projeto assenta em indicadores e metas objetivas, que permitem monitorizar não apenas resultados, mas sobretudo processos — condição essencial para que a mudança seja replicável e mantida no tempo. Destacam-se, entre outros, a cobertura formativa da equipa, a qualidade do conhecimento adquirido (pré/pós-teste), a percentagem de utentes elegíveis avaliados com CAM e a adesão efetiva ao bundle preventivo, bem como a conformidade terapêutica com o procedimento farmacológico. A medição sistemática antes e após intervenção, complementada por auditorias a registos e prescrições e discussão estruturada em reuniões do grupo de trabalho, constitui o mecanismo central para ajustar o plano e consolidar ganhos clínicos, idealmente traduzidos numa diminuição da prevalência e da duração do delirium face à linha de base.

Importa reconhecer que a implementação de mudanças clínicas em contexto real enfrenta constrangimentos previsíveis, nomeadamente carga assistencial, disponibilidade de recursos humanos, resistência cultural à adoção de novas rotinas e limitações operacionais do registo clínico. Contudo, o desenho do projeto procura antecipar estas barreiras ao privilegiar: liderança distribuída (via Grupo de Trabalho), integração em rotinas existentes (avaliação periódica com CAM e checklist/bundle), estratégias de formação prática e monitorização por dados simples e transparentes, facilitando a adesão e reduzindo o custo cognitivo da mudança.

Em síntese, este projeto pretende transformar o delirium de “complicação esperada” em evento clinicamente rastreado, prevenido e gerido com consistência, reforçando a cultura de segurança, a prática baseada em evidência e a centralidade da pessoa doente e família. A sua consolidação poderá, a médio prazo, contribuir para

melhores desfechos, maior eficiência organizacional e criação de um modelo transferível para outras unidades, posicionando a UCIM como referência interna na abordagem estruturada ao delirium.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2024, January 25). *The American Psychiatric Association practice guideline for the prevention and treatment of delirium* [Draft; not for citation]. Retrieved August 14, 2025, from <https://www.psychiatry.org/getmedia/1494a355-bfd5-46c2-ab69-3aa9b2a06ba4/APA-Delirium-Practice-Guideline-Under-Copyediting.pdf>

Davis, D. H., Muniz Terrera, G., Keage, H., et al. (2012). Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: A population-based cohort study. *Brain*, *135*(9), 2809–2816.

Davis, D. H., Skelly, D. T., Murray, C., et al. (2015). Worsening cognitive impairment and neurodegenerative pathology progressively increase risk for delirium. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(4), 403–415.

DGS – Direção-Geral da Saúde: Direção-Geral da Saúde. (2015). *Guia técnico para a vigilância da saúde mental dos trabalhadores*. <https://bussola.gov.pt>

El Hussein, M., Hirst, S., & Salyers, V. (2014). Factors that contribute to under-recognition of delirium by registered nurses in acute care settings: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(7–8), 906–915. <https://doi.org/10.1111/jocn.12693>

Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Inouye, S. K., Bernard, G. R., & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, *291*(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>

European Delirium Association: European Delirium Association. (s.d.). *Mission and vision*. <https://www.europeandeliriumassociation.com/>

Fabbri, R. M. A., Moreira, M. A., Garrido, R., & Almeida, O. P. (2001). Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *59*(2-A), 175–179. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200006>

Fan, Y., Wang, Y., Huang, L., Yang, Y., & Yang, X. (2024). Mechanisms underlying delirium in patients with critical illness. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *16*, 1391644. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1391644>

Geriatric Medicine Research Collaborative. (2019). Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: Results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. *BMC Medicine*, *17*, 229.

Gibb, K., Seeley, A., Quinn, T., Siddiqi, N., Shenkin, S., Rockwood, K., & Davis, D. (2020). The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: A systematic review and meta-analysis study. *Age and Ageing*, *49*(3), 352–360.

Gurel, E., & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A theoretical review. *Journal of International Social Research*, *10*(51), 994–1006. https://www.researchgate.net/publication/319367788_SWOT_ANALYSIS_A_THEORETICAL_REVIEW

Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis: Where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, *3*(3), 215-251.

DOI: [10.1108/17554251011064837](https://doi.org/10.1108/17554251011064837)

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, *113*(12), 941–948. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

Inouye, S. K., Kosar, C. M., Tommet, D., Schmitt, E. M., Puelle, M. R., Saczynski, J. S., ... & Jones, R. N. (2014). The CAM-S: Development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. *Annals of Internal Medicine*, *160*(8), 526–533. <https://doi.org/10.7326/M13-1927>

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

Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, *168*(1), 27–32. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2007.4>

Mart, M. F., Williams Roberson, S., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2021). Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42(1), 94–112. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721747>

Mittal, V., Muralee, S., Williamson, D., McEnerney, N., Thomas, J., Cash, M., & Tampi, R. R. (2011). Delirium in the elderly: A comprehensive review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26(2), 97–107. <https://doi.org/10.1177/1533317510397331>

Oh, E. S., Fong, T. G., Hsieh, T. T., & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 318(12), 1161–1174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>

Ormseth, C. H., Shehi, E., Kamermayer, A., Peterson, J. F., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2023). Predisposing and precipitating factors for delirium in critically and non-critically ill hospitalized adults: A systematic review. *Critical Care Explorations*, 5(1), e0850. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000850>

Phadermrod, B., Crowder, R. M., & Wills, G. B. (2019). Importance-Performance analysis-based SWOT analysis. *International Journal of Information Management*, 44(12), 194–203. Sciencedirect. DOI: [10.1016/j.ijinfomgt.2016.03.009](https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2016.03.009)

Reston, J. T., & Schoelles, K. M. (2013). In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 375–380.

Schubert, M., Schürch, R., Boettger, S., Garcia Nuñez, D., Schwarz, U., Bettex, D., Jenewein, J., Bogdanovic, J., Staehli, M. L., Spirig, R., & Rudiger, A. (2018). A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients – A cohort study. *BMC Health Services Research*, 18, 550. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3345-x>

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: Martins, A., & Roque, C. (2015). Delirium no idoso: Diagnóstico e abordagem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 22(1), 16–19. https://www.spmi.pt/revista/vol22/vol22_n1_2015_16_19.pdf

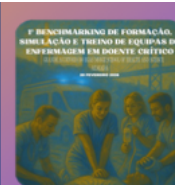
Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method: A systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823–830. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x>

Witlox, J., Eurelings, L. S. M., de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443–451. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013>

Zhang, R., Bai, L., Han, X., Huang, S., Zhou, L., & Duan, J. (2021). Incidence, characteristics, and outcomes of delirium in patients with noninvasive ventilation: A prospective observational study. *BMC Pulmonary Medicine*, 21, 157. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01517-3>

**APÊNDICE II – Poster Científico – Detecção do delirium em Cuidados
Intensivos: Escalas Utilizadas – Uma Revisão Scoping**

DETEÇÃO DO DELIRIUM EM CUIDADOS INTENSIVOS: ESCALAS UTILIZADAS – UMA REVISÃO SCOPING



PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Diagnóstico Precoce, Delirium, Cuidados Críticos



Primeiro Autor:
João Tiago Fernandes Marques^{1,2}

Co-Autor:
Célia Tavares Vaz^{2,3,4}

INTRODUÇÃO

O delirium é a manifestação mais comum de disfunção cerebral aguda na pessoa em situação crítica, associando-se a aumento de mortalidade, dias de internamento/ventilação e défice cognitivo persistente^{1,2,3}. A variabilidade da apresentação clínica e a elevada diversidade fenotípica contribuem para o subdiagnóstico, o que torna o rastreio sistemático e repetido em cada turno um requisito essencial de segurança clínica^{4,5}. Embora as recomendações convissem no uso de instrumentos validados e adaptados ao contexto do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), a pluralidade de ferramentas e a heterogeneidade da sua validação geram dúvidas operacionais sobre a melhor estratégia de deteção^{4,6}.

OBJETIVOS

Mapear na evidência científica as escalas utilizadas na deteção do delirium na PSC em contexto de SMI



METODOLOGIA

Metodologia PCC, seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute, para responder à pergunta “Quais são as escalas utilizadas na deteção do delirium na pessoa em situação crítica em Serviços de Medicina Intensiva?”. Incluíram-se estudos dos últimos 5 anos, em português, inglês ou espanhol, focados em escalas de deteção em SMI; excluíram-se contextos pediátrico, paliativo, pré-hospitalar e outras unidades. A pesquisa decorreu na EBSCOHost e PubMed entre 29/01 e 17/02/2025.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa identificou 585 artigos. Após remover duplicados e analisar títulos, 31 seguiram para leitura do resumo. Depois dessa etapa, 13 foram selecionados para leitura integral, e 9 cumpriram todos os critérios de elegibilidade, ficando incluídos na revisão. As escalas mais validadas são CAM-ICU e ICDS^{1, 11, 12, 13, 14}; a CAM-ICU é mais específica, mas depende de treino e falha mais no hipotativo^{6, 11, 15, 16, 17}; a ICDS é mais sensível, capta flutuações, mas pode gerar mais falsos positivos^{6, 15, 17, 18}. A complementaridade entre ambas é consistente: usar a ICDS como triagem contínua e a CAM-ICU para confirmação, otimiza a precisão e o fluxo de trabalho. Modelos como PRE-DELIRIC/E-PRE-DELIRIC ajudam a estratificar risco, mas exigem calibração local e não substituem a avaliação clínica^{18, 19, 20, 21}. A evidência é condicionada por elevada heterogeneidade metodológica, variação na aplicação dos instrumentos de avaliação e critérios de exclusão frequentes, comprometendo a comparabilidade e a generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

Consultar QR Code para visualizar referências bibliográficas



CONCLUSÃO

A deteção do delirium em SMI deve basear-se num percurso estruturado que inclua a estratificação do risco, a triagem sistemática por turno e a confirmação diagnóstica em momentos predefinidos, com monitorização regular da severidade. Recomenda-se a implementação através de protocolos padronizados, formação das equipas, integração em sistemas digitais e auditorias periódicas, bem como o reforço da investigação multicêntrica sobre protocolos combinados, estratégias de sedação e custo-efetividade.

¹ULS Arrábida – Serviço de Urgência Geral – Hospital São Bernardo, 2910-549 Setúbal, Portugal; ²Nursing Lab, 2829-511 Almada, Portugal; ³tiago@egasmoniz.pt; ⁴cvaz@egasmoniz.edu.pt; ⁵Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal; ⁶Department of Nursing, Arco Ribeirinho Local Health Unit, 2830-094 Barreiro, Portugal

APÊNDICE III - Resumo de Revisão Scoping

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

2.º Ano / 1.º Semestre

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

Instrumentos de Detecção de Delirium em Serviços de
Medicina Intensiva
Uma Scoping Review

Trabalho submetido por:

João Tiago Fernandes Marques, n.º 118766
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientado por:

Professora Mestre Célia Vaz

**Almada
2025**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

2.º Ano / 1.º Semestre

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

Instrumentos de Detecção de Delirium em Serviços de
Medicina Intensiva
Uma Scoping Review

Trabalho submetido por:

João Tiago Fernandes Marques, n.º 118766

Orientado por:

Professora Mestre Célia Vaz

**Almada
2025**

Resumo

Introdução: O delirium é uma condição neuropsiquiátrica frequente na pessoa em situação crítica (PSC), associada ao aumento da mortalidade, aumento do tempo de hospitalização e declínio cognitivo. A sua deteção precoce é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e tratamento, sendo recomendada a utilização de escalas validadas para o rastreio e monitorização do delirium nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI). No entanto, a diversidade de ferramentas disponíveis torna essencial uma análise das mais utilizadas e eficazes.

Objetivo: Esta Scoping Review tem como objetivo mapear, na evidencia científica, as escalas utilizadas na deteção do delirium na PSC em SMI.

Metodologia: Scoping review realizada segundo o método PCC e as orientações do Instituto Joanna Briggs, assim como a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), com o objetivo responder à seguinte questão de investigação: “Quais são as escalas utilizadas na deteção do delirium na pessoa em situação crítica em Serviços de Medicina Intensiva?”.

Foram incluídos estudos que abordassem instrumentos de deteção de delirium em contexto de Serviços de Medicina Intensiva, publicados nos últimos cinco anos (2020-2025) em português, inglês ou espanhol. Foram considerados artigos que analisassem a aplicabilidade, precisão e validade dessas escalas. Estudos realizados em contexto pediátrico, paliativo, pré-hospitalar ou em outras unidades hospitalares foram excluídos.

A pesquisa foi realizada na EBSCOHost - nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews – Assim como na *PubMed*, no espaço temporal entre 29 de janeiro de 2025 e 17 de fevereiro de 2025, onde foram incluídos artigos integrais em espanhol, inglês, português.

Resultados: Foram inicialmente identificados 585 artigos, sendo 9 elegíveis para o corpus do trabalho, após aplicação dos critérios de exclusão.

Conclusão: O *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) destacou-se como o instrumento mais validado, especialmente eficaz em doentes ventilados pela sua elevada especificidade. A *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) evidenciou maior sensibilidade para formas hipoativas de delirium, favorecendo uma vigilância contínua. Já o 3D-CAM e o 4AT revelaram-se úteis em cenários específicos,

enquanto os modelos preditivos PRE-DELIRIC e E-PRE-DELIRIC mostraram-se promissores na estratificação do risco, embora com limitações de calibração. A seleção da ferramenta mais adequada deve atender às características do contexto clínico, à experiência da equipa e aos recursos disponíveis, garantindo um rastreio eficaz e intervenções atempadas. Investigações futuras deverão explorar a integração destas abordagens em diretrizes padronizadas.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Diagnóstico Precoce, Delirium, Cuidados Críticos

Abstract

Introduction: Delirium is a common neuropsychiatric condition among critically ill patients (CIP), associated with increased mortality, prolonged hospital stay, and cognitive decline. Early detection is essential to implement prevention and treatment strategies, with the use of validated scales recommended for delirium screening and monitoring in intensive care units (ICU). However, the diversity of available tools makes it crucial to analyse the most widely used and effective instruments.

Objective: This scoping review aims to map, in the scientific evidence, the scales used to detect delirium in critically ill patients in (CUs).

Methodology: A scoping review was conducted according to the PCC framework and the Joanna Briggs Institute guidance, as well as the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist, to answer the research question: “Which scales are used to detect delirium in critically ill patients in the Intensive Care Unit?” We included studies addressing delirium detection instruments in ICU settings, published over the past five years (2020–2025) in Portuguese, English, or Spanish. Articles assessing the applicability, accuracy, and validity of these scales were eligible. Studies conducted in paediatric, palliative, pre-hospital, or other non-ICU hospital contexts were excluded. The search was performed on EBSCOhost—across the following databases: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and the Cochrane Database of Systematic Reviews—as well as on PubMed, between 29 January 2025 and 17 February 2025. Full-text articles in Spanish, English, and Portuguese were included.

Results: A total of 585 records were initially identified; 9 studies met the eligibility criteria and were included in the final corpus.

Conclusion: The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) emerged as the most validated instrument, demonstrating particular effectiveness in mechanically ventilated patients owing to its high specificity. The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) showed greater sensitivity to hypoactive forms of delirium, supporting continuous monitoring. The 3D-CAM and 4AT proved useful in specific scenarios, while the predictive models PRE-DELIRIC and E-PRE-DELIRIC were promising for risk stratification, albeit with calibration limitations. Selection of the most appropriate



tool should consider the clinical context, team experience, and available resources to ensure effective screening and timely interventions. Future research should explore integrating these approaches into standardised guidelines.

Keywords: *Nursing, Nursing Process, Early Detection, Delirium, Critically Ill patients*

**APÊNDICE IV – Poster Científico: Detecção Precoce do Delirium em
Cuidados Intensivos**

CAM-ICU: DETEÇÃO PRECOZE DO DELIRIUM EM CUIDADOS INTENSIVOS

João Marques^{ab}; Célia Vaz^{cdéf}; Vanessa Costa^g

PORQUÊ MONITORIZAR?

O delirium é uma das manifestações mais comuns de disfunção cerebral aguda na PSC. Atinge 60-80% de doentes ventilados vs 20-50% em respiração espontânea. Apesar disto continua subdiagnosticado em cerca de 33-70%⁴. Associa-se a ↑ mortalidade (+38%; ≈5x aos 30 dias), mais dias de internamento/VM, défice cognitivo e custos elevados^{6;9}. A sua deteção precoce é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e tratamento.

O QUE É A CAM-ICU?

A CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) é a adaptação do método CAM para doentes críticos, permitindo identificar delirium mesmo em doentes ventilados ou não comunicantes. É a escala mais validada para deteção de delirium em SMI, facilitando uma avaliação objetiva e rápida à cabeceira. O delirium é diagnosticado se estiverem presentes os Critérios 1 e 2, juntamente com 3 ou 4^{3;5}.

Critério 1: Início Agudo ou Curso Flutuante	Pontuação	Assinale se presente
<p>O doente está diferente do seu estado mental basal?</p> <p>OU</p> <p>Houve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas, evidenciada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Escala de sedação/consciência (p.ex., RASS/SAS), – GCS, ou – Avaliação prévia de delirium? 	Assinale se alguma das perguntas for 'SIM' →	<input type="checkbox"/>
<p>Critério 2: Desatenção</p> <p>Teste das Letras (Desatenção)</p> <p>Instruções: "Você ler-lhe 10 letras. Sempre que ouvir a letra 'A', aperte a minha mão"</p> <p>Ler, em tom normal e ~3 s entre letras, uma das seqüências:</p> <ul style="list-style-type: none"> – S A V E A H A A R T – C A S A B L A N C A – A B A D B A D A A Y <p>Erro = não aperta na letra 'A' OU aperta numa letra diferente de 'A'</p>	Se o número de erros ≥ 2 →	<input type="checkbox"/>
<p>Critério 3: Nível de Consciência Alterado</p> <p>Presente quando o RASS atual é diferente de 0 (alerta e calmo)</p>	Se RASS ≠ 0 →	<input type="checkbox"/>
<p>Critério 4: Pensamento Desorganizado</p> <p>Perguntas (SIM/NÃO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uma pedra flutua na água? 2. Há peixes no mar? 3. Um quilo pesa mais do que dois? 4. Pode usar um martelo para pregar um prego? <p>Comando: "Mostre-me estes dedos" (mostrar 2) → "Agora faça o mesmo com a outra mão"</p> <p>* Se não puder mover ambos os braços: "Mostre mais um dedo"</p>	Se nº combinado de erros > 1 →	<input type="checkbox"/>

QUANDO APLICAR?

As diretrizes internacionais recomendam a aplicação pelo menos uma vez por turno em todos os adultos internados em SMI. Cada avaliação representa um "snapshot" do estado mental atual, permitindo deteção precoce, prevenção e intervenção oportuna^{2;5;7;10}.

REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association. (2024, January 25). Practice guideline for the prevention and treatment of delirium. <https://www.psychiatry.org/psychiatry/medialibrary/449a355-b465-46c2-ab09-3a992a09ba4/APA-Delirium-Practice-Guideline-Under-Consideration.pdf>
- 2 Barr, J., Downs, B., Ferrell, K., Talebian, M., Robinson, S., Kalodiner, L., Kendall, H., & Holáček, J. (2024). Improving outcomes in mechanically ventilated adult ICU patients following implementation of the ICU Liberation (ABCDEF) bundle across a large healthcare system. *Critical Care Explorations*, 6(1), e1001. <https://doi.org/10.1097/CCX.0000000000000100>
- 3 Brefka, S., Eschweiler, G. W., Dallmeier, D., Denlinger, M., & Lerner, C. (2022). Comparison of delirium detection tools in acute care: A rapid review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(2), 105-115. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-02004-5>
- 4 Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A. M., Jerónimo, C., Ferreira, G., & Balsemão, C. L. (2024). Nursing intervention to prevent and manage delirium in critically ill patients: A scoping review. *Healthcare*, 12(5), 652. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050652>
- 5 Hughes, C. G., Ely, E. W., & Pandoriponde, P. P. (Eds.). (2020). Delirium: Acute brain dysfunction in the critically ill. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-300-32521-5>
- 6 Hsiao, W.-L., Hsieh, P.-Y., Hsu, L.-F., Lai, Y.-H., Wang, M.-L., & Yeh, Y.-C. (2024). Effectiveness of a delirium risk assessment and multidisciplinary care approach in reducing delirium incidence among surgical intensive care unit patients: A retrospective pre-post intervention study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 98, 11556. <https://doi.org/10.1016/j.jclinan.2024.11556>
- 7 Lewis, K., Baber, A. C., Skellings, J. L., et al. (2025). A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 53(3), e718-e727. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003656>
- 8 Mori, M. F., Williams Robinson, S., Pandoriponde, P. P., & Ely, E. W. (2023). Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42(1), 94-112. <https://doi.org/10.1055/s3-0046-1721042>
- 9 Paison, L., Sun, H., Hogan, J., Hartsock, K., Westmeier, M., Neelagiri, A., Zhou, D. W., McClain, L. M., Kimchi, E. Y., Purdon, P. L., Akeju, O., & Westover, M. B. (2021). ICU delirium burden predicts functional neurologic outcomes. *PLOS ONE*, 16(12), e0259840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259840>
- 10 Society of Critical Care Medicine (SCCM). (2025). ICU Liberation Bundle (A-F): D – Delirium: Assess, Prevent, and Manage. Recuperado de <https://sccm.org/clinical-resources/icu-liberation-bundle>

[* Regressar ao texto](#)

APÊNDICE V – Formação “Detecção Precoce do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: Desafios e Estratégias no S.M.I. – Apresentação da Escala CAM-ICU”

Deteção Precoce do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: Desafios e Estratégias no S.M.I.

Apresentação da Escala CAM-ICU

3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirurgia na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Discente: João Marques, Docente: Professora Mestre Célia Vaz; Enf Orientadora Vanessa Costa

2025

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

SUMÁRIO:

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 1 – Objetivos | 8 – Monitorização e Deteção |
| 2 – Definição de Delirium | 9 – Escala CAM-ICU |
| 3 – Fisiopatologia | 10 – Barreiras à implementação |
| 4 – Subtipos de Delirium | 11 – Papel da Equipa de Enfermagem |
| 5 – Etiologia | 12 – Questões |
| 6 – Prevalência | 13 – Referências Bibliográficas |
| 7 – Complicações | |

Deteção Precoce do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: Desafios e Estratégias no S.M.I.

1 – OBJETIVO GERAL:

Aplicar no SMI, a CAM-ICU, na deteção precoce do delirium na PSC

1,2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Definir delirium, enunciando os critérios-núcleo (atenção/consciência, curso flutuante, instalação aguda).
2. Reconhecer a fisiopatologia essencial e os principais fatores de risco/precipitantes no S.M.I.
3. Identificar subtipos e a sua relevância prognóstica.
4. Justificar a monitorização sistemática da escala CAM-ICU e os benefícios clínicos e de segurança.
5. Aplicar corretamente a CAM-ICU

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

2 - DEFINIÇÃO:

Critérios diagnósticos (DSM-5)

Núcleo sindrómico: alteração aguda da atenção e da consciência.

Temporalidade: início em horas a poucos dias, com flutuações ao longo do dia.

Cognição: défice adicional (memória, orientação, linguagem, percepção ou visuoespacial).

Exclusões: não explicado por demência pré-existente ou coma

(American Psychiatric Association, 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

2 - DEFINIÇÃO:**Implicações para a prática (do diagnóstico à triagem)**

A aplicação prática dos critérios do DSM-5 destaca a importância de avaliar de forma estruturada a atenção e a consciência, observar variações diárias e excluir cuidadosamente outras causas, como demência ou coma.

(American Psychiatric Association, 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

2 - DEFINIÇÃO:**Panorama nacional**

Em Portugal, não existe uma sociedade científica dedicada exclusivamente ao delirium; ainda assim, várias instituições nacionais abordam o tema com rigor e definem-no de forma operacional para a prática clínica.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna:

Define delirium como “estado confusional agudo com diminuição da capacidade de atenção e alteração cognitiva, de início súbito e curso flutuante.” (Martins & Roque, 2015)

Direção Geral da Saúde

O guia técnico sobre saúde mental no trabalho, descreve o delirium como “alteração da atenção e da consciência com início em horas ou dias, representando uma alteração face ao estado basal.” (Direção Geral da Saúde, 2015)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

3 – FISIOPATOLOGIA:

Natureza multifatorial :



- 1 - Neuroinflamação e barreira hematoencefálica (BHE)
- 2 - Aumento da permeabilidade da BHE
- 3 - Stress oxidativo e disfunção mitocondrial
- 4 - Rutura do sono e disritmia circadiana na UCI
- 5 - Quebra de conectividade funcional
- 6 - Desequilíbrio de neurotransmissores

(Fan et al., 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

3 – FISIOPATOLOGIA:

1- Neuroinflamação e barreira hematoencefálica (BHE)

Na doença crítica (sépsis, trauma, cirurgia), a libertação de citocinas (IL-1 β , IL-6, TNF- α) atravessa ou modula a BHE, ativando endotélio e microglia e amplificando a neuroinflamação.

Este ambiente pró-inflamatório desregula a homeostase sináptica, compromete a transmissão neuronal e afeta sobretudo córtex pré-frontal e hipocampo, prejudicando atenção e memória

2 - Aumento da permeabilidade da BHE

Hipóxia, hipercapnia e inflamação provocam disrupção das tight junctions endoteliais, aumentando a permeabilidade e a entrada de mediadores nocivos no parênquima, elevando a vulnerabilidade cerebral.

(Fan et al., 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

3 – FISIOPATOLOGIA:

3 - Stress oxidativo e disfunção mitocondrial

Excesso de espécies reativas de oxigénio e disfunção mitocondrial → redução de ATP, falha de bombas iónicas e perturbação da neurotransmissão.

4 - Rutura do sono e disritmia circadiana no SMI

Ruído, luz contínua, intervenções noturnas, dor e sedação desorganizam o ritmo circadiano e a secreção de melatonina, agravando desorientação e défice executivo.

(Fan et al., 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

3 – FISIOPATOLOGIA:

5 - Quebra de conectividade funcional

Redução da conectividade nas redes de atenção e na default mode network (DMN), especialmente nos eixos frontoparietais, com menor integração sensorial e atenção sustentada.

6 - Desequilíbrio de neurotransmissores

Défice colinérgico (atenção/memória) associado a excesso dopaminérgico (agitação, alucinações, pensamento desorganizado).

Outros neurotransmissores (serotonina, GABA, glutamato, norepinefrina) modulam consoante contexto e dose.

(Fan et al., 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

4 – SUBTIPOS DE DELIRIUM:

Motores:

Hiperativo:
Agitação
Hipervigília
Alucinações

Hipoativo:
Apatia
letargia,
Hiporresponsividade,
Fala escassa

Misto:
Alternância entre
hiperatividade e
hipoatividade ao longo
do tempo

Stollings et al., 2021; la Cour et al., 2022

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

4 – SUBTIPOS DE DELIRIUM:

Fenótipos clínicos (para além do motor):

Séptico:
Dominado por inflamação
sistémica/neuroinflamação.

Metabólico:
p.ex., disnatremias,
uremia, hipoglicemia

Associado à sedação
Casos rapidamente reversíveis
após **teste de despertar**; contudo,
em ~75% o delírio **persiste >2
horas**, sugerindo que a sedação
raramente é o **único** fator

Stollings et al., 2021; la Cour et al., 2022

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

4 – SUBTIPOS DE DELIRIUM:

Associação entre subtipos:

Misto: maior duração do delírio; ↑ dias de internamento; ↑ exposição a sedativos/antipsicóticos; ↑ mortalidade nas coortes.

Hipoativo: ↑ mortalidade, possivelmente por sub-reconhecimento e maior carga de doença subjacente.



A **fração de dias em delírio** durante a hospitalização prediz **pior resultado neurológico funcional e maior mortalidade até 2,5 anos** — a **duração/proporção do estado delirante** é crítica para o prognóstico

(Stollings et al., 2021; la Cour et al., 2022, Paixao et al., 2021)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

5 – ETIOLOGIA:

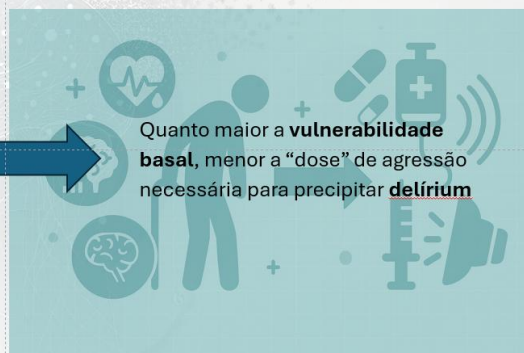
1) Fatores intrínsecos (vulnerabilidade basal):

Idade avançada, fragilidade e comorbilidades (p.ex., diabetes, infeções, AVC, demência, défice cognitivo prévio)

↓ reserva cognitiva → ↑ vulnerabilidade ao delírio

2) Fatores extrínsecos (clínico-iatrogénicos):

Anestesia geral e sedativos perturbam atenção, nível de consciência e ciclo sono-vigília



American Psychiatric Association, 2024

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

5 – ETIOLOGIA:

3) Fatores Ambientais

Ambiente altamente tecnológico e condição crítica → medo/ansiedade
 Privação de sono → ↑ vulnerabilidade e desorganização cognitiva
 O risco resulta da interação entre contexto, estado clínico e exposição farmacológica

O risco de delírium no S.M.I. é **multifatorial** — produto de **vulnerabilidade do doente**, **iatrogenia** e **stressores ambientais**. A mitigação exige **intervenções dirigidas em cada eixo** (ambiente, sedação/analgesia, sono/mobilização, comunicação/família).

(American Psychiatric Association, 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

6 – PREVALÊNCIA:

O delirium é uma das perturbações mentais mais comuns em doentes internados por doença aguda. Mantém-se **subdiagnosticado**, pois sintomas são frequentemente mal atribuídos a outras condições.

No SMI, prevalência e incidência são mais elevadas: até 80% desenvolvem delirium em algum momento do internamento. Mais prevalente em **ventilados (60–80%)** do que em **ventilação espontânea (20–50%)**.

(American Psychiatric Association, 2023)

(Mart et al., 2021)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

6 – PREVALÊNCIA:

Portugal:

A prevalência varia conforme o ambiente e a população; em doentes ventilados mecanicamente nos S.M.I., foi estimada em 75%.

(Fernandes et al., 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

7 – COMPLICAÇÕES:

Mortalidade: magnitude e risco ajustado

+38% risco relativo de morte com delirium

≈5× maior mortalidade aos 30 dias

Associação mantém-se após ajuste (idade, género, demência)

Morbilidade e complicações clínicas associadas

+ dias de internamento e SMI

↑ risco de rehospitalização

Mais tempo em ventilação mecânica

Extubação difícil/prolongada mais frequente

Défices cognitivos, fragilidade e quedas

Declínio funcional persistente

Alta para instituições de longa permanência

Sequelas respiratórias e neurológicas

(Hshieh et al., 2020), (Williams et al., 2020), (Paixao et al., 2021)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

7 – COMPLICAÇÕES:

Consequências pós-alta e longo prazo

Défice cognitivo prolongado

Declínio funcional contínuo

↑ **Mortalidade** após alta

Rehospitalizações e visitas ao SU

Necessidade de cuidados de longa duração

Impacto psicossocial no doente e na família

Doente:

Sofrimento psicológico (PTSD, ansiedade, depressão)

Gravidade associada a maior défice cognitivo e duração do delirium

Recordações vívidas meses após resolução

Família/cuidador:

Medo, ansiedade e depressão

Sintomas tipo PTSD

Impacto do declínio cognitivo e emocional do doente

Aumento do risco SPICIs

(Fiest et al., 2021; Goldberg et al., 2020; Richardson et al., 2021)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

7 – COMPLICAÇÕES:

Encargo económico e uso de recursos:

Custos anuais EUA: 143–152 mil M USD

Delirium pós-operatório: 32,9 mil M USD/ano

Subtipo hiperativo: ≥240 min/dia extra de equipa

SMI: custo incremental ~18.000 USD/30 dias

•(Gou et al., 2021; Kinchin et al., 2021; Stollings et al., 2021; Miranda et al., 2023)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

8 – MONITORIZAÇÃO E DETEÇÃO:

Desde **2002**, diretrizes internacionais recomendam a **monitorização sistemática** para deteção precoce e a **implementação de estratégias eficazes** de prevenção e tratamento

Benefícios da Deteção Precoce

- ↓ Incidência de delirium
- ↑ Segurança hospitalar (prevenção de lesões acidentais)
- Medidas preventivas/terapêuticas mais eficazes
- Testes diários + intervenções precoces → reduzem incidência e duração do internamento

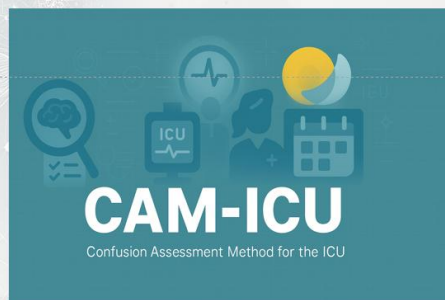
(Sosnowski et al., 2023; Barr et al., 2024; Li et al., 2022; Lindroth et al., 2024; Lewis et al., 2025; SCCM, 2025)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

8 – MONITORIZAÇÃO E DETEÇÃO:

Ferramentas de Deteção

- Validadas, simples e comunicáveis entre profissionais
- Boa fiabilidade interavaliadores
- Devem avaliar os componentes nucleares:
 - Alterações da consciência
 - Curso flutuante
 - Desatenção
 - Pensamento desorganizado
- Validade/fiabilidade comprovada no SMI
- Aplicação rápida, executável por um “não-psiquiatra”



Hughes et al., 2020; Ma et al., 2023; Van den Boogaard et al., 2024; Miranda et al., 2023; Spiegelberg et al., 2020; Krewulak et al., 2020

Detecção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Adaptação do CAM (Confusion Assessment Method) original para doentes maioritariamente não verbais (p.ex., sob ventilação mecânica), permitindo avaliação objetiva de delirium à cabeceira.

Especificidade: 93-100%

Sensibilidade: 98-100%

Limitações reconhecidas

- Menor sensibilidade no delirium hipoativo.
- Necessidade de formação rigorosa para assegurar aplicação fiel do protocolo.

(Hughes et al., 2020; Brefka et al., 2022)

Detecção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Tipo de avaliação

Avaliação pontual (no momento), concebido para rastreio seriado ao longo do internamento, mas cada aplicação é um “snapshot” do estado atual

Quatro critérios diagnósticos avaliados

- 1.Alterações súbitas / curso flutuante do estado mental
- 2.Desatenção
- 3.Alteração do nível de consciência
- 4.Pensamento desorganizado.

Delirium presente se o doente tiver (1) + (2) e [(3) ou (4)]

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

Critério 1: Início Agudo ou Curso Flutuante	Pontuação	Assinale se presente
O doente está diferente do seu estado mental basal? OU Houve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas, evidenciada por: - Escala de sedação/consciência (p.ex., RASS/SAS), - GCS, ou - Avaliação prévia de delirium?	Assinale se alguma das perguntas for 'SIM' →	<input type="checkbox"/>
Critério 2: Desatenção		
Teste das Letras (Desatenção) Instruções: "Vou ler-lhe 10 letras. Sempre que ouvir a letra 'A', aperte a minha mão" Ler, em tom normal e ~3 s entre letras, uma das sequências: - S A V E A H A A R T - C A S A B L A N C A - A B A D B A D A A Y Erro = não aperta na letra 'A' OU aperta numa letra diferente de 'A'	Se o número de erros ≥ 2 →	<input type="checkbox"/>
Critério 3: Nível de Consciência Alterado		
Presente quando o RASS atual é diferente de 0 (alerta e calmo)	Se RASS ≠ 0 →	<input type="checkbox"/>
Critério 4: Pensamento Desorganizado		
Perguntas (SIM/NÃO): 1. Uma pedra flutua na água? 2. Há peixes no mar? 3. Um quilo pesa mais do que dois? 4. Pode usar um martelo para pregar um prego? Comando: "Mostre-me estes dedos" (mostrar 2) → "Agora faça o mesmo com a outra mão" * Se não puder mover ambos os braços: "Mostre mais um dedo"	Se nº combinado de erros > 1 →	<input type="checkbox"/>
Resultado Global CAM-ICU		
Regra: Critério 1 e Critério 2 e (Critério 3 ou Critério 4)	Critérios CUMPRIDOS →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Positiva (Delirium presente)
	Critérios NÃO CUMPRIDOS →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Negativa (Sem delirium)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Critério 1: Início Agudo ou Curso Flutuante	Pontuação	Assinale se presente
O doente está diferente do seu estado mental basal? OU Houve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas, evidenciada por: - Escala de sedação/consciência (p.ex., RASS/SAS), - GCS, ou - Avaliação prévia de delirium?	Assinale se alguma das perguntas for 'SIM' →	<input type="checkbox"/>

Caraterística 1 — Início agudo / curso flutuante

Considera-se presente se qualquer das respostas for "sim":

- "O doente está diferente do seu estado mental basal?" OU
- "Houve flutuação do estado mental nas últimas 24 horas, evidenciada por variação em escala de sedação/nível de consciência (p. ex., RASS), na GCS ou numa avaliação prévia de delirium?"

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Critério 2: Desatenção		
<p>Teste das Letras (Desatenção)</p> <p>Instruções: "Vou ler-lhe 10 letras. Sempre que ouvir a letra 'A', aperte a minha mão" Ler, em tom normal e "3 s entre letras, uma das seqüências: - SAVEAHAART - CASABLANCA - ABADBADAAY Erro = não aperta na letra 'A' OU aperta numa letra diferente de 'A'</p>	<p>Se o número de erros ≥ 2 →</p>	<input type="checkbox"/>

Critério 2 — Desatenção (Teste de Atenção às Letras)

•Instruções: dizer ao doente, em tom normal — “Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra ‘A’, aperte a minha mão.”

•Leitura: 10 letras com intervalos ~3 s, usando uma das seqüências:

- SAVEAHAART
- CASABLANCA
- ABADBADAAY

•Erro: não apertar na letra “A” ou apertar numa letra ≠ “A”.

•Critério de positividade: n.º de erros ≥ 2.

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Critério 3: Nível de Consciência Alterado

Presente quando o RASS atual é diferente de 0 (alerta e calmo)

Se RASS ≠ 0 →



Critério 3 — Nível de consciência alterado

•Presente quando o RASS ≠ 0, isto é, qualquer valor diferente de “alerta e calmo (0)”.

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Critério 4: Pensamento Desorganizado		
<p>Perguntas (Sim/Não):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uma pedra flutua na água? 2. Há peixes no mar? 3. Um quiló pesa mais do que dois? 4. Pode usar um martelo para pregar um prego? <p>Comando: "Mostre-me estes dedos" (mostrar 2) → "Agora faça o mesmo com a outra mão" * Se não puder mover ambos os braços: "Mostre mais um dedo"</p>	<p>Se nº combinado de erros > 1 →</p>	<input type="checkbox"/>

Critério 4 — Pensamento desorganizado

•Quatro perguntas de “sim/não”:

- “Uma pedra flutua na água?”
- “Há peixe no mar?”
- “Um Kg pesa mais do que dois Kg?”
- “Pode usar um martelo para bater num prego?”

•Comando: “Mostre-me estes dedos” (mostrar 2 dedos). “Agora faça o mesmo com a outra mão”.

- Se não mover ambos os braços: pedir “Acrescente mais um dedo”
- Erro: qualquer resposta incorreta ou incapacidade de cumprir o comando

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

9 – ESCALA CAM-ICU:

Quando aplicar:

Na admissão do utente

Se CAM-ICU positivo: repetir 1x/turno

Se CAM-ICU negativo: repetir 1x/turno

Hughes et al., 2020

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

10 – BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO:

Apesar da robustez da evidência, a implementação é inconsistente; ultrapassar barreiras exige formação estruturada, cultura de segurança e integração no registo eletrónico com auditoria e feedback

<20% dos profissionais usam escalas estruturadas, optando por avaliações inespecíficas → perpetua-se o subdiagnóstico, sobretudo nas formas hipoativas.

(Hamid et al., 2025; Ali & Cascella, 2024)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

10 – BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO:

Barreiras:

- Perceção insuficiente da gravidade: 34%
- Falta de conhecimento: 33%
- Escassez de formação: 13,2%
- Limitação de tempo: 8,8%
- Conceções erradas sobre o delirium: 24,4%

Necessidade:

Formação dirigida, **integração das escalas no registo eletrónico, auditoria de processos e reforço da documentação** para gerar **indicadores de qualidade** e sustentar **melhoria contínua**.

(Esteves et al., 2024; Lange et al., 2023)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

11 – PAPEL DA EQUIPA DE ENFERMAGEM:

Enfermeiros: posição privilegiada pela proximidade contínua à PSC

Aplicação da Escala CAM-ICU segundo protocolo institucional

Coordenação e comunicação: SBAR com estado da CAM-ICU, RASS e dor, e plano das próximas 8–12h.

Formação em serviço (sessões breves, vídeos, casos práticos) + **auditorias** → melhoram conhecimento, aplicação da CAM-ICU e concordância inter-observador

Medidas de prevenção de delirium com Vigilância de precipitantes: dor, sedação (RASS), níveis de ruído, privação do sono, ligação com familiares.



(Hebeshy et al., 2024; Nie et al., 2024; Esteves et al., 2024; (Murungi et al., 2023; Hebeshy et al., 2025)

Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

12 – QUESTÕES:



Deteção Precoce do Delirium na PSC: Desafios e Estratégias no S.M.I.

13 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



[*Regressar ao texto](#)

**APÊNDICE VI – Norma de Orientação Clínica: Prevenção e Tratamento de
Delirium no Serviço de Medicina Intensiva**

	Prevenção e Tratamento de Delirium no Serviço de Medicina Intensiva	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão 01	[--/--/--]
		Próxima revisão:	[--/--/--]
		Cód. Documento:	

1. Objetivo

A ocorrência de *Delirium* nas Unidades de Cuidados de Intensivos é uma complicação frequente e está associada a maior tempo de internamento, aumento do tempo de ventilação mecânica, contribuindo para um aumento da morbilidade e mortalidade.

O reconhecimento e prevenção do *delirium* são essenciais, pelo que é fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e apoio aos familiares.

Este documento pretende sensibilizar para o reconhecimento precoce do *Delirium*, que sendo uma complicação com tanto impacto nos doentes internados, requer um envolvimento multidisciplinar dos profissionais de saúde na sua abordagem, prevenção e tratamento.

Com este procedimento, tencionam-se criar estratégias diárias de atuação com o objetivo de prevenir, detetar precocemente e tratar o delirium no doente crítico, reduzindo assim a sua duração, impacto funcional e mortalidade.

Com os dados que forem colhidos e registados pretendem-se tirar conclusões, através de auditorias regulares e integradas no grupo de indicadores de qualidade do SMI, acerca da incidência de delirium, a frequência de aplicação do *CAM-ICU*, o uso de fármacos antipsicóticos e o tempo de ventilação e permanência no SMI.

2. Campo de aplicação

Médicos e Enfermeiros que trabalham no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde (**ULS**).

3. Siglas, abreviaturas e definições

Abreviaturas:

CAM ICU – Confusion Assessment Method

DSM-5-TR – Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, Text revision, American Psychiatric Association

SCCM - Society of Critical Care Medicine

PADIS 2018 – Prevention and management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep disruption in Adult pacientes in the ICU

Patient Care – Sistema Informático dedicado aos Cuidados Intensivos

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

4. Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
2. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med.* 2011;154:746-51.
3. Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults-a systematic evidence review. *J Gen Intern Med.* 2009;24:848-53.
4. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2:CD005594.
5. Mo Y, Zimmermann AE. Role of dexmedetomidine for the prevention and
6. treatment of delirium in intensive care unit patients. *Ann. Pharmacother.* 2013;47:869–76.
7. Jose R. Maldonado, Neuropathogenesis of Delirium: Review of Current Etiologic Theories and Common Pathways
8. José R. Maldonado, Acute Brain Failure Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium
9. José R. Maldonado, Delirium in the Acute Care Setting: Characteristics, Diagnosis and Treatment
10. Uptodate – diagnosis of delirium and confusional states
11. Uptodate – delirium and acute confusional states: prevention, treatment and prognosis
12. Maudsley 13th edition
13. Tese Mestrado Cristina Marta Pinto de Sousa, *Delirium* no idoso, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
14. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J.* 2009 Aug;85(1006):405-13. doi: 10.1136/pgmj.2008.072025. PMID: 19633006.
15. Bates, D. and C. Bates, Confusion and delirium. Elsevier Ltd, 2013. 41(3): p. 151-154.
16. Cerejeira J, Mukaetova-Ladinska EB. A clinical update on delirium: from early recognition to effective management. *Nurs Res Pract.* 2011;2011:875196. doi: 10.1155/2011/875196. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21994844; PMCID: PMC3169311

17. Chou S, Pogach M, Rock L. Less pharmacotherapy is more in Delirium. Intensive Care Medicine, 2022.
18. Hosker C, Ward D. Hypoactive Delirium, Practice Pointer, BMJ 2017
19. Barr et al. Clinical Practice Guidelines for Management of pain, agitation and delirium in adult patients in Intensive Care Unit. Clinical Care Medicine 2013
20. Morandi A, Brummel N, Ely E. Sedation, delirium and mechanical ventilation: the ABCDE approach . Current opinion, Critical Care
21. Mo Y, Zimmermann AE. Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients. Ann. Pharmacother. 2013;47:869–76.

22. Responsabilidades

Diretor de Serviço e Equipa Médica e de Enfermagem do Serviço de Medicina Intensiva pela sua implementação, cumprimento e monitorização da aplicação do procedimento.

23. Fundamentação Clínica

Definição de Delirium

O **Delirium** é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda e frequentemente reversível, caracterizada por uma alteração global da cognição e da consciência, com início súbito e curso flutuante.

Manifesta-se por distúrbios da atenção, desorganização do pensamento, alteração do ciclo sono-vigília e da percepção, sendo resultado de uma disfunção cerebral aguda causada por uma ou mais condições subjacentes.

Critérios diagnósticos essenciais (DSM-5-TR, SCCM PADIS 2018):

- Alteração do nível de consciência e da atenção.
- Instalação aguda e curso flutuante.
- Alterações cognitivas (memória, linguagem, orientação) e/ou perceptivas (ilusões, alucinações).
- Causa orgânica identificável ou suspeita.

Alguns doentes apresentam sintomas prodrómicos (*'delirium subclínico'*) como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do *delirium*. O quadro poderá manter-se entre dias a meses, mas tipicamente resolve em 10 - 12 dias, com 15% dos casos a persistir até aos 30 dias.

Os doentes idosos têm maior probabilidade de apresentar cursos prolongados e a recuperação total é menos provável, estimando-se que 60% a 96% têm alta sem resolução sintomática, sendo comum persistirem *deficits* cognitivos.

Subtipos de Delirium

1. Delirium Hiperativo

- Caracteriza-se por agitação psicomotora, inquietação, agressividade, comportamento impulsivo e alucinações.
- Mais facilmente reconhecido.
- Comum em abstinência alcoólica (*Delirium Tremens*).

2. Delirium Hipoativo

- Marcado por letargia, apatia, lentidão de pensamento, sonolência excessiva, pouca interação verbal ou motora.
- Mais frequentemente **subdiagnosticado**, devido à sua apresentação mais silenciosa.
- Associado a **piores desfechos clínicos**: maior mortalidade, maior tempo de ventilação mecânica e permanência hospitalar.

3. Delirium Misto

- Alternância entre os estados hiperativo e hipoativo ao longo do dia ou durante o internamento, representando a maioria dos casos.

Monitorização do Delirium - Aplicação da Confusion Assment Method (CAM – ICU)

A ausência de monitorização estruturada pode levar ao subdiagnóstico, que pode chegar a 66% dos casos.

Para este efeito existem múltiplos instrumentos e escalas disponíveis, sendo a CAM (*Confusion Assessment Method*) uma escala de aplicação fácil e que se encontra validada para utilização em doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos, sendo denominada por CAM-CU (Anexo 2).

Esta escala avalia o nível de consciência, desorganização do pensamento e nível de atenção do doente, com base em 5 perguntas simples.

Por si só, o resultado obtido com o CAM-ICU não deve ser associado a tratamento específico. Na prática, a escala CAM-ICU positiva deve meramente despertar a atenção para um leque de diagnósticos diferenciais capazes de terem causado disfunção cerebral aguda.

Com esse propósito, é fundamental ter em conta todos os fatores de risco/precipitantes, e se possível a sua resolução ou eliminação.

Fatores de risco para ocorrência de delirium	
Metabólico	Medicação
Hiper- e Hiponatremia	Opióides
Hipercalecemia	Benzodiazepinas
Desidratação	Corticosteroides
Hipo- e Hiperglicemia	Anticolinérgicos
Insuficiência renal	Doença cardiopulmonar
Insuficiência hepática	Enfarte agudo do miocárdio
Anemia	Insuficiência cardíaca congestiva
Hipoxia	Arritmias
Deficit de tiamina	Choque
Endocrinopatia	Insuficiência respiratória
Desequilíbrio ácido-base	Doença sistêmica
Sistema nervoso central	Abstinência (ex. álcool, benzodiazepinas)
Neoplasia primária	Infeção
Metastização	Neoplasia
Doença leptomeníngea	Trauma grave
Estado de mal não convulsivo	Privação sensorial
Convulsões e estado pós-ictal	Desregulação térmica
Trauma	Pós-operatório / pós-procedimento
Doença vascular	Imobilização
Doença degenerativa	Coagulação disseminada intravascular

Prayce R, et al. Delirium: o 7o parâmetro vital? - Acta Med Port 2018 Jan;31(1):51-58

Tabela 1 – Factores de risco para ocorrência de Delirium

Prevenção de Delirium - *Bundle ABCDEF*

A **Bundle ABCDEF** é atualmente **uma das estratégias mais eficazes e validadas** para a **prevenção e gestão do Delirium na UCI**, promovendo cuidados centrados no paciente e baseados em evidência.

A – Avaliação da Dor

- Uso de escalas validadas (ex: **Escala de Comportamento na Dor - ESCID**).
- Tratar a dor antes de administrar sedativos.

B – Pausas na Sedação

- Realizar **interrupções diárias da sedação** com avaliação de despertar e prontidão para ventilação espontânea.
- Reduz risco de sedação prolongada e delirium.

C – Escolha Criteriosa de Sedação

- **Evitar benzodiazepinas** como primeira escolha.
- Preferir **dexmedetomidina** ou **propofol** em pacientes com risco de delirium.
- Avaliar a necessidade de manter a sedação diariamente.

D – Delirium: Avaliação e Prevenção

- Aplicar **CAM-ICU** 1x turno.
- Identificar precocemente pacientes em risco.
- Intensificar medidas não farmacológicas (sono, orientação, ambiente calmo).

E – Exercício e Mobilização Precoce

- Mobilizar o paciente o mais precocemente possível, mesmo em ventilação mecânica.
- Incluir fisioterapia e enfermagem em plano de mobilidade diário.

F- Envolvimento da Família

- Promover **visitas estruturadas** e interação com familiares (quando possível).
- Orientar família sobre o estado do doente.
- Utilizar objetos familiares.

Tratamento do Delirium

A evidência científica para o tratamento do *delirium* existe, mas é escassa, sendo a terapêutica preferencial a não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser instituído de forma a prevenir que o doente se coloque em risco, nomeadamente através do uso de antipsicóticos.

O atraso no tratamento do *Delirium* está associado a pior prognóstico, nomeadamente com agravamento da capacidade cognitiva preexistente.

Os agentes antipsicóticos não têm demonstrado reduzir o tempo de *Delirium*, no entanto as intervenções não farmacológicas têm vindo a demonstrar impacto na redução do risco de o desenvolver.

Intervenção não farmacológica

A gestão do doente com *Delirium* através de intervenções não farmacológicas deverá ser baseada numa abordagem multidisciplinar, individualizada e holística, atendendo aos aspetos pessoais de cada indivíduo, as características do seu estado clínico e à sua situação de vida, priorizando as suas preferências e promovendo a sua participação nas tomadas de decisão, reconhecendo a sua singularidade e a importância do cuidado centrado nas suas necessidades.

Controlo Ambiental

- Usar objetos pessoais como fotografias, cartas, objetos religiosos e desenhos de revistas ou feitos pela família;
- Reduzir o ruído;

- Promover adequação do ciclo luz-escurecimento, respeitando o ritmo circadiano;
- Providenciar ambiente harmonioso: proximidade com os enfermeiros, objetos familiares, minimizar movimentações, reduzir volume de alarmes.

Qualidade do Sono

- Fornecer tampões para os ouvidos e venda para os olhos durante o período noturno;
- Manter luz natural durante o dia;
- Minimizar níveis de luz durante a noite;
- Proporcionar massagens relaxantes e posicionamento confortável;
- Evitar a sonolência diurna e a realização de procedimentos durante o período noturno.
- Providenciar locais de menor ruído para pessoas mais fragilizadas.

Estimulação Cognitiva, Visual e Auditiva

- Promover momentos de diálogo;
- Saudar a pessoa diariamente pelo nome preferido, reforçando a orientação pessoal e a familiaridade com o ambiente;
- Avaliar o conhecimento com posterior orientação das pessoas quanto ao local e suas características, data/ hora e motivo de admissão;
- Promover atividades de estimulação cognitiva (jogos de palavras, palavras cruzadas)
- Preservar a consciência da pessoa durante o dia;
- Desenvolver atividades em família.
- Identificar o profissional que lhe está a prestar cuidados.
- Explicar o significado de alarmes e sons que poderá ouvir;
- Permitir visitas de familiares/pessoas significativas.
- Providenciar leitura, quando aplicável e entretenimento visual e auditivo.
- Fornecer calendário e relógios de fácil leitura.
- Facilitar comunicação verbal/ não verbal adequados.
- Minimizar as restrições físicas (apenas perante quadros de agitação severa, para proteção do pessoa cuidada).
- Estabelecer contacto visual direto e, sempre que apropriado, utilizar o toque terapêutico como forma de comunicação e conforto;
- Realizar jogos de categorização (Ex: Perguntar que objetos de uma lista pertencem ao frigorífico);
- Utilizar dispositivos visuais e auditivos (óculos, aparelhos auditivos);
- Promover musicoterapia ou sessões de relaxamento.

Gestão da dor

- Avaliar sinais de dor (pelo menos 1x turno);
- Reavaliar eficácia da analgesia;
- Identificar e eliminar possíveis fontes de dor;

Suporte Familiar

- Envolver a família e/ou cuidadores no autocuidado e reorientação da pessoa;
- Realizar sessões de educação para a saúde sobre o Delirium e as suas complicações;
- Permitir visitas de familiares e/ou cuidadores próximos à pessoa;
- Permitir a presença da família ao despertar a pessoa;
- Incentivar os familiares a realizarem atividades lúdicas com a pessoa cuidada;
- Permitir mensagens áudio com voz familiar

Comunicação eficaz

- Informar a pessoa das intervenções que vão ser efetuadas, e o que é expectável acontecer.
- Utilizar escuta ativa, comunicando com frases curtas, claras e num tom de voz calmo e pausado, adequado à compreensão da pessoa;

Níveis de Sedação

- Instruir sobre ventilação espontânea;
- Assegurar o cumprimento do nível de sedação esperado;
- Avaliar o nível de sedação com a escala RASS (Pelo menos 1x turno);

Apoio Social

- Identificar conflitos sociais e possíveis causas de Stress (Abordar vontade de receber visitas);
- Procurar resolver conflitos sociais junto da família.

Remoção de dispositivos invasivos

- Remover cateteres desnecessários e despistar sinais precoces de infeção.

Medidas terapêuticas

- Providenciar nutrição, hidratação e oxigenação adequadas.
- Prevenir situações de hipo/hipertermia e hipo/hiperglicémia.
- Monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente.

Estado emocional

- Identificar o estado emocional e sentimental da pessoa;
- Procurar resolver as suas preocupações.

Intervenção farmacológica

No que diz respeito à gestão farmacológica dos doentes com *Delirium*, é prioritário fazer uma revisão da terapêutica habitual do doente em ambulatório, devendo ser tida em especial atenção qualquer alteração ou suspensão repentina de fármacos, principalmente de psicofármacos.

É também importante averiguar o histórico de consumos do doente, uma vez que o tratamento do *Delirium* induzido por privação de benzodiazepinas e/ou álcool é específico.

Nenhum fármaco mostrou ter efeito preventivo do *Delirium* nos doentes em risco.

O racional do uso de antipsicóticos é baseado no suposto aumento da actividade dopaminérgica e diminuição da actividade colinérgica.

Os Antagonistas dopaminérgicos: permitem uma normalização do excesso de actividade dopaminérgica cerebral que se verifica nestes doentes, para além de serem fármacos com potencial terapêutico para a agitação e para os sintomas psicóticos. A evidência é pouco robusta, mas parece não haver uma superioridade de eficácia entre haloperidol, risperidona ou quetiapina.

Devem ser usados na *dose mínima eficaz* e no *menor tempo possível*, uma vez que, está descrito um aumento de mortalidade associado a estes medicamentos, principalmente na população idosa. Deve ser realizada a avaliação cardíaca através de ECG antes da administração de qualquer fármaco desta classe. Com o uso de doses mais elevadas os efeitos secundários poderão ultrapassar os benefícios, nomeadamente devendo prestar-se atenção à presença de sonolência, sintomas extrapiramidais e prolongamento do intervalo QT.

Estes fármacos são frequentemente utilizados para controlo comportamental em doentes com *delirium* hiperactivo ou misto, embora haja também alguma evidência de benefício da sua utilização em baixas doses em doentes com *delirium* hipoactivo.

- **Quetiapina** – Fármaco sedativo, devendo ser usado em maior concentração no período vespertino/nocturno, em doses repartida 3x dia, até máximo de 100mg/dia nas primeiras 48h.
- **Olanzapina** – Fármaco sedativo, devendo ser usado em maior concentração no período vespertino/nocturno, até 3 x dia, titulando até máximo de 10mg/dia, nas primeiras 48h.
- **Risperidona** – não sedativo, devendo ser usado preferencialmente em casos de agitação de predomínio diurno, na dose inicial de 0,5 mg, 3x dia, até máximo de 2mg/dia.
- **Haloperidol** – em casos de agitação refratária, 2,5mg-5mg, até 3x dia.
- **Benzodiazepinas**: a sua utilização deve ser evitada, tendo em conta o seu potencial de agravamento do estado confusional. No entanto, em casos de *agitação grave* em que os *antipsicóticos estejam contraindicados*, podem ser utilizadas, dando preferência a agentes de semi-vida curta, por exemplo **lorazepam** (0.25-3mg/24h, em doses repartidas, se necessário). Em casos de abstinência alcoólica ou de abstinência de benzodiazepinas, estas também devem ser utilizadas.
- **Melatonina** (2-6mg/24h) pode ser uma alternativa para normalizar o ciclo circadiano. Sem efeito na agitação ou outros sintomas.

- **Trazodona** (25-100mg/24h) **ou mirtazapina** (7.5mg/24h), alternativas sedativas, se não houver resposta à melatonina.
- **Valproato de sódio** (500mg-1500mg/24h, em doses repartidas): muito pouca evidência para a sua utilização, no entanto parece ter alguma eficácia para controlo de agitação em casos refratários ou em casos nos quais, os antipsicóticos e/ou benzodiazepinas estejam contraindicados.
- A **dexmedetomidina**, um agonista $\alpha 2$ -adrenérgico utilizado na sedação em contexto de cuidados intensivos, poderá ser indicado para a prevenção e tratamento do *delirium*, no entanto ainda são necessários mais estudos.

Protocolo de atuação

Objetivo: Prevenir, detectar precocemente e gerir o delirium em doentes críticos, reduzindo a sua duração, impacto funcional e mortalidade, por meio da aplicação sistemática do CAM-ICU e verificação da *Bundle ABCDEF*.

Incluir as escalas de avaliação *PreDeliric*, CAM-ICU e *Blundle ABCDEF* na avaliação diária dos doentes e fazer o registo em processo clínico no Patient Care, assim como o tipo de estratégias terapêuticas utilizadas (farmacológicas e não farmacológicas).

Critérios de Inclusão

Todos os doentes internados no SMI num período superior a 24h, independentemente do motivo da admissão.

Avaliação e deteção precoce

1. Aplicação da escala *Predeliric* pela equipa médica, nas primeiras 24h a todos os doentes internados na UCI, de forma a identificar fatores de risco para desenvolver delirium durante o internamento (Registo no *Patient Care*) (**Anexo 1**)

2. Aplicação a escala do CAM-ICU pela equipa de enfermagem 1 x dia e registar no *Patient Care*.

Se CAM-ICU positivo ou alteração do nível do nível de consciência do doente, aplicação da escala 1 x turno (**Anexo 2**)

3. Registar medidas implementadas – Farmacológicas ou não farmacológicas (Registo em *Patient Care*)

4. Verificação e registo da *Bundle ABCDEF* 1x dia (preferencialmente no final do turno da tarde) (**Anexo 3**).

5. Registrar a ocorrência de Delirium como complicação do internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (Registo no *Patient Care*).

Mencionar no Relatório de Alta:

Dias de ventilação e dias de internamento.

Ocorrência e duração do Delirium.

Implementação de auditoria a cada 6 meses (Anexo 4).

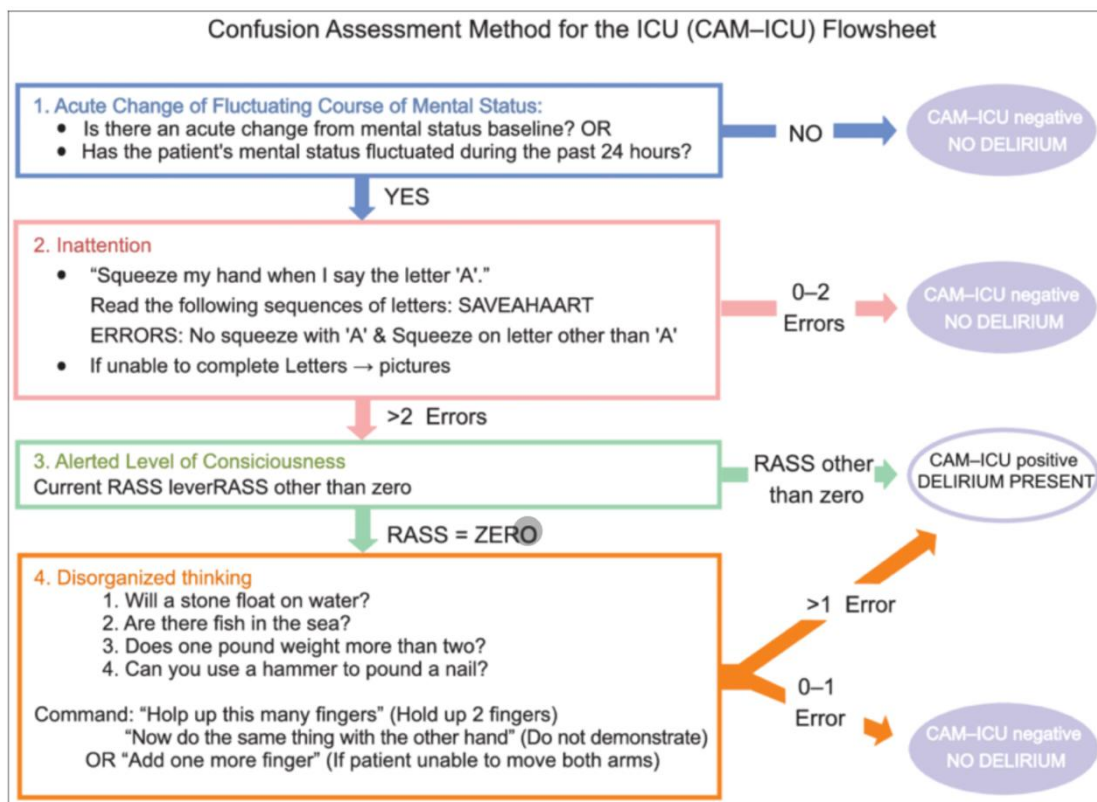
Anexo 1 – Aplicação da escala Pre-Deliric

Variáveis	Selecione	Doença
Idade	<input type="text" value="Idade"/>	(anos)
Grupo de diagnóstico	<input type="button" value="Cirúrgico"/>	entrada principal
Urgente	<input type="button" value="NÃO"/>	Renda não planejada
Morfina	<input type="button" value="SEM morfina"/>	Dose total em 24 horas
Infeção	<input type="button" value="SEM infeção"/>	Se os antibióticos foram iniciados
Comer	<input type="button" value="NÃO coma"/>	RASS -4/-5 em 8 horas
Sedação	<input type="button" value="SEM sedação"/>	Uso de propofol, midazolam ou lorazepam
Ureia	<input type="text"/>	Maior valor plasmático em 24 h, em mmol/L
Acidose MTB	<input type="button" value="SEM acidose MTB"/>	pH <7,35 com CO3H <24 mmol/L
APACHE-II	<input type="text"/>	dentro de 24 horas
Possibilidade de desenvolver delirio		

Adaptado de :

[Boogaard MVD, Pickkers P, Slooter A.J.C., Kuiper MA, Spronk PE, Voort PHJVD, et al. Desenvolvimento e validação do modelo de predição de delirio PRE-DELIRIC \(PREdição de DELIRium em pacientes d para pacientes de terapia intensiva: estudo multicêntrico observacional. BMJ 2012;344:e420](#)

Anexo 2 – Aplicação da Escala CAM- ICU



Delirium assessment tool, Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) flow sheet

Anexo 3 - Verificação da Aplicação da Bundle ABCDEF

A – Avaliar, Prevenir e Controlar a Dor

- Avaliação da dor realizada com escala validada (ex: **ESCID**).
- Reavaliação de estratégia analgésica, nomeadamente necessidade de opioides ou alternativas (ex: paracetamol, cetamina, etc.).

B – Desmame ventilatório e teste de ventilação espontânea

- Avaliação de critérios de segurança para interrupção da sedação.
- Realização de Teste de ventilação espontânea?

C – Escolha da Sedação e Monitorização

- Sedação ajustada para o menor nível eficaz (objetivo RASS entre 0 e -2).
- Preferência por sedativos não benzodiazepínicos (ex: propofol, dexmedetomidina).

D – Delirium: Avaliação, Prevenção e Tratamento

- Avaliação do delirium com escala validada (ex: **CAM-ICU**).
- Estratégias não farmacológicas implementadas (reorientação, luz natural, óculos/aparelhos auditivos, , hidratação).
- Revisão de medicações de (benzodiazepinas, anticolinérgicos).

E – Mobilização Precoce e Exercício

- Avaliação da capacidade para mobilização com identificação de nível de reabilitação na cabeceira da cama
- Mobilização precoce?
- Participação da equipa enfermagem de reabilitação?
- Participação da Fisioterapeuta?

F – Família: Envolvimento e Capacitação

- Família informada sobre o estado clínico e plano de cuidados.
- Realização de Conferência Familiar.
- Família envolvida na reorientação e apoio emocional ao paciente.

Anexo 4 – Grelha de auditoria: Procedimento de Prevenção e Tratamento de Delirium no Serviço de Medicina Intensiva

Grelha de Auditoria NOC/PROC.CHS.XXXXXX					
Procedimento de Prevenção e Tratamento de Delirium no Serviço de Medicina Intensiva					
Serviços: Serviço de Medicina Intensiva (SMI) Unidade Local de Saúde da Arrábida		Amostra N (nº total de doentes internados):			Aud (nom)
Data: //		C	N C	N A	Taxa Con ade
1	No SMI, a escala PreDeliric está registada em Patient Care?				
2	No SMI, a escala de CAM-ICU é aplicada todos os dias?				
3	A Bundle ABCDEF é verificada, 1 x dia?				
4	Foram instituídas estratégias não farmacológicas, previamente à introdução de medidas farmacológicas?				
5	A ocorrência de delirium está registada no Patient Care, como complicação do internamento?				
6	Foram administrados fármacos antipsicóticos?				
7	Na nota de alta, estão registados os dias de ventilação e internamento?				
TOTAIS					

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:
Versão:

Versão	Data	A revisão em	Descrição das Modificações	Autor(es)
a	25 //20	028 //2	Versão original	Dra. Vanessa Figueiredo, Dra. Filipa Silva, Enfermeiro José Pinho, Enfermeira Cláudia Cardoso, Enfermeira Beatriz Martins, Enfermeira Catarina Luz, Enfermeira Carla Silva, Enfermeiro João Marques

Revisão:

A rever por:	Diretor do Serviço de Medicina Intensiva Enfermeira Gestora do Serviço de Medicina Intensiva	Data da próxima revisão: //2 028
---------------------	---	---

Aprovação/Ratificação
o:

Aprovado por:	Diretor do Serviço de Medicina Intensiva	Data: //2 025
Ratificado por:	Conselho de Administração	Data:

[*Regressar ao texto](#)

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado de Presença no *Webinar* “Desafios da Gestão em
Enfermagem”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

membro nº 52375 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem", realizado no(s) dia(s) no dia 27 de Janeiro de 2026, com duração total de 2h no(a) Plataforma digital "Cisco Webex".

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO II – Certificado do Programa de Suporte Avançado de Vida
Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association**

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**



American
Heart
Association.

João Tiago Fernandes Marques

has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.

Issue Date

19 Dec 2025

Renew By

Dec 2027

Training Center Name

Blue Ocean Medical

Instructor Name

Pedro Caldeira

Training Center ID

ZL50578

Instructor ID

7091442500

Training Center City, Region

Oeiras, Porto Salvo, Portugal

eCard Code

261099369013

Training Site Name

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://ecards.heart.org/international>.
© 2025 American Heart Association. All rights reserved. 25-2817 10/25

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO III – Certificado de Participação no ITLS – International Trauma
Life Support**



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

João Tiago Fernandes Marques, RN

**has completed the
Access Provider**

date
1/11/2025

course site

course director

course coordinator
Dr. Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 8.00 **Course #:** 24-ITLS-F2-0201 **CEH Type:** Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 405536-57119
International
Trauma Life Support

João Tiago Fernandes Marques, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Access Provider

Card Issue Date 1/11/2025 **Expiration Date** 01/2028

Course Number 57119 **Course Location**

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO IV – Certificado do Programa do Instrutor de Suporte Avançado
de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association**

SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR**Instrutor
de SAVC**

João Tiago Fernandes Marques

concluiu com êxito as avaliações cognitivas
e de habilidades de acordo com o currículo do Programa
do Instrutor de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular
(SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

19 Dec 2025

Renovar até

Dec 2027

Nome do Centro de Treinamento

Blue Ocean Medical

ID do instrutor

25019344946

ID do Centro de Treinamento

ZL50578

Código eCard

265639368237

Cidade e Região do Centro de Treinamento

Oeiras, Porto Salvo, Portugal

Código QR

Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>.

© 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2818 11/20

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO V – Certificado de Participação na Masterclass: Paragem
Cardiorrespiratória Traumática**



Certifica-se que **João Tiago Fernandes Marques**, nascido(a) em 19/09/1983, com o número de identificação civil ****1043, participou na Masterclass.

// Paragem Cardiorrespiratória Traumática

que decorreu em 27/03/2025, com a duração de 2 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 27 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 251185171

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO VI – Certificado de Participação no II Seminário Internacional dos
Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um
Caminho Emergente!”**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que _____ participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.



[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO VII – Certificado de Participação no “WEBINAR: Enfermagem
Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

membro nº **52375** desta Ordem, participou no(a) "**WEBINAR: Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima**", realizado no dia **8 de Julho de 2025**, com duração total de **2h00**, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”**.

Coimbra, 8 de Julho de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO VIII – Certificado de Participação no Webinar: Capacitar para o
(Im)Provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe**



Certifica-se que **João Tiago Fernandes Marques**, nascido(a) em 19/09/1983, com o número de identificação civil ****1043, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611483

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO IX – Certificado de Participação no Simpósio Digital “Prevenção e
Controlo de Infeção em Ambientes Críticos”**



[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO X – Certificado de Participação no 1º BENCHMARKING DE
FORMAÇÃO, SIMULAÇÃO E TREINO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM EM DOENTE
CRÍTICO**



1º BENCHMARKING DE FORMAÇÃO, SIMULAÇÃO E TREINO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

CERTIFICADO

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

PARTICIPOU NA MODALIDADE PRESENCIAL, NO 1º BENCHMARKING DE FORMAÇÃO, SIMULAÇÃO E TREINO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO, QUE SE REALIZOU NO AUDITÓRIO DO EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH AND SCIENCE, EM ALMADA, NO DIA 20 FEVEREIRO 2026, COM A DURAÇÃO DE 8 HORAS.

ALMADA, 20 FEVEREIRO 2026

PRESIDENTE DA COMISSÃO
ORGANIZADORA

SÓNIA SOUSA

PRESIDENTE DA DIREÇÃO
DA SPEDC

MÁRCIO CARVALHO

PRESIDENTE DA COMISSÃO
CIENTÍFICA

PEDRO CALDEIRA



[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XI – Certificado de Apresentação da Comunicação Livre em
formato de E-Poster, intitulada 'DETECÇÃO DO DELIRIUM EM CUIDADOS
INTENSIVOS: ESCALAS UTILIZADAS – A SCOPING REVIEW'**



[*Regressar ao texto](#)

ANEXO XII – Certificado de Participação na Aula Aberta “Cuidado em Momentos Críticos: Respostas Especializadas para Situações de Exceção”



CERTIFICADO

Certifica-se que João Tiago Fernandes Marques participou na Aula Aberta “Cuidado em Momentos Críticos: Respostas Especializadas para Situações de Exceção” que decorreu online, no dia 6 de dezembro de 2024, com a duração de 5 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XIII – Certificado de Participação na Aula Aberta “Desafios à
responsabilidade profissional do enfermeiro e a prática de enfermagem
avanzada”**



CERTIFICADO

Certifica-se que João Marques participou na Aula Aberta “Desafios à responsabilidade profissional do enfermeiro e a prática de enfermagem avançada ” que decorreu online, no dia 22 de novembro de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

[*Regressar ao texto](#)

ANEXO XIV – Certificado de Participação no Workshop “A comunicação na intervenção centrada na pessoa e família em cuidados críticos”

Certificado

Certifica-se que **João Tiago Fernandes Marques** participou no **Workshop “A comunicação na intervenção centrada na pessoa e família em cuidados críticos”**, que decorreu no dia 16 de dezembro de 2025, das 17h00 às 19h00.

Lisboa, 05 de janeiro de 2026

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XV – Certificado de Participação no Curso de Formação
Profissional de Apresentação do Procedimento de Identificação e Intervenção
Precoce no Síndrome Confusional Agudo**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que João Tiago Fernandes Marques natural de Setúbal nascido em 19/09/1983, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12381043 válido até 09/01/2030, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Apresentação do Procedimento de Identificação e Intervenção Precoce no Síndrome Confusional Agudo, em 16/06/2025, com a duração de 1:30 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Apresentação do Procedimento de Identificação e Intervenção Precoce no Síndrome Confusional Agudo	1:30	-

Setúbal, 26 de junho de 2025

O(A) Responsável pela(s) Unidade Local de Saúde

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 2225/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

**ANEXO XVI – Certificado de Participação no Workshop “Catástrofe: Caos
em 90 minutos”**



[*Regressar ao texto](#)

ANEXO XVII – Certificado de Participação no "Webinar - Catástrofe"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

membro nº **52375** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Catástrofe**", realizado no(s) dia(s) **no dia 23 de Setembro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 23 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XVIII – Certificado de Participação no 1º Seminário Internacional
dos Mestrados em Enfermagem**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que _____ participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Leva Silveira

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XIX – Certificado de Participação no Congresso Internacional do
Doente Critico 2025**



#DC'25 CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

João Tiago Fernandes Marques

participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, com a duração de 13 horas e
que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro, no Instituto Politécnico de Setúbal –
Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

O Presidente da APE


João José Santos Fernandes

WORKSHOPS | MASTERCLASSES IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV

SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

[*Regressar ao texto](#)

ANEXO XX – ICE – *International Congress on Emergency 2026*
(APEMERG)




APEMERG
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE EMERGÊNCIA

ICE INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY '26

www.opemerg.pt

CERTIFICADO

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

participou no INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY 2026 (ICE'26) by Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência, realizado no Grande Auditório do Centro de Artes e Espetáculos, Figueira da Foz, com uma duração de 8 horas, no dia 10 de Abril de 2026.


Vera Mondim
A Presidente da Direção da
APEMERG

Patrocinadores Silver

[*Regressar ao texto](#)

**ANEXO XXI - Certificado de Participação no "EaQ - Simulação IN SITU no
serviço de Urgência - da Teoria à Ação"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOÃO TIAGO FERNANDES MARQUES

membro nº **52375** desta Ordem, participou no(a) "**EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação**", realizado no dia **6 de Novembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 6 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XXII - Certificado de Participação no *All Hazards Disaster*
*Response***

A aguardar certificado.

[*Regressar ao texto](#)